ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE FRÈRES

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

A. GOUGUENHEIM ET **M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière — Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Avec la collaboration de

MM. les Drs AYSAGUER, BONNIER, BOULAY, CASTEX, H. CHATELLIER, COURTADE, CUVILLIER, EGGER, GELLÉ, GLOVER, GRINER, LŒWENBERG, A. MARTIN, J. B. MARTY, MOUNIER, LANNOIS, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon, GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, COLLET, agrégé de la Faculté de Lyon VACHER (Orléans), COUETOUX, TEXIER (Nantes), RIPAULT (Dijon), LEMARIEY (Rouen), LICHTWITZ (Bordeaux), DUGARDIN (le Hâvre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans), F. SUAREZ DE MENDOZA (Angers), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne-sur-Mer), SÉNAC-LAGRANGE (Cauterets), DELSTANCHE, CAPART, LAURENT (Bruxelles), SCHIFFERS (Liège), P. KOCH (Luxembourg et Nancy), SZENES, NEUMAN (Budapest), RUTTEN (Namur), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER, CHIARI, HAJEK (Vienne), JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER, KIRSTEIN (Berlin), ZIEM (Danzig), LANGE (Copenhague), OUSPENSKI (Moscou), T. HERYNG, T. HEIMAN (Varsovie), E. WOAKES, LENNOX BROWNE, ST-CLAIR THOMSON (Londres), LABUS (Milan), C. CORRADI (Vérone), GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples), FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL, SAJOUS (Philadelphie), CL. BLAKE (Boston), BRYSON-DELAVAN (New-York), SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BRRHAG (Sidney)

Et avec le concours de

MM. les Professeurs DUPLAY, TILLAUX, TERRIER et BERGER, Drs DE SAINT-GERMAIN, PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT, RECLUS, BROCA, PICQUÉ et GUINARD, chirurgiens des hôpitaux de Paris, Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST, Drs J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUCHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH, LETULLE, CHAUFFARD, NETTER et LAUNOIS, médecins des hôpitaux de Paris, NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon, COYNE et MASSE, professeurs à la Faculté de Bordeaux, Drs LEVAL, HISCHMANN, R. LEUDET, PLICQUE, P. LE NOIR, P. TISSIER, REBLAUB, HÉLARY, RÉGNIER, DUDEFOY, GASTOU et Mme NAGEOTTE, ex-internes des hôpitaux de Paris, MICHEL-DANSAC et LAURENS, internes des hôpitaux de Paris.

TOME XXII — 1896

SECONDE PARTIE

PARIS

MASSON & Cie, ÉDITEURS

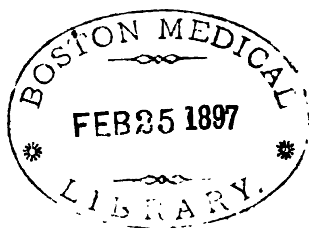
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

Agents en Amérique : P. BLAKISTON, SON ET Cie

1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE

1896


BOSTON MEDICAL
FEB 25 1897
LIBRARY.


CATALOGUED
FEB 25 1898
E. H. B.

Tome XXII. — N° 7. — Juillet 1896.



ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR LES NOTATIONS ACOUMÉTRIQUES

Par le Dr **Paul RAUGÉ** (1)

Tous les appareils sensoriels sont susceptibles d'éprouver, par le fait de la maladie, des variations d'activité qui tiennent dans le diagnostic une place considérable. Comme cet amoindrissement fonctionnel peut parcourir tous les degrés qui séparent l'état normal de la perte absolue de la fonction, il importe au clinicien non seulement d'en constater l'existence, mais d'en apprécier l'étendue : c'est une quantité clinique qu'il faut apprendre à mesurer.

Les procédés qui nous permettent d'effectuer cette mesure diffèrent naturellement selon la forme de sensibilité qu'il s'agit d'interroger, et les divers organes des sens sont très iné-

(1) Communication au *Congrès de Carthage* (avril 1896).

galement partagés au point de vue de la façon dont on sait, à l'heure actuelle, explorer et traduire par une formule l'état de leur fonctionnement. S'agit-il d'évaluer, par exemple, la valeur de la sensibilité cutanée, on se contente de chercher à quelle distance minima le sujet est capable de dissocier la double sensation produite par les pointes, plus ou moins écartées, d'un compas esthésiométrique : c'est le chiffre de cet écartement qui servira à exprimer le degré d'anesthésie de la peau. Je ne parle pas des autres formes de la sensibilité générale, sensibilité à la douleur, aux températures, sensibilité musculaire : leur évaluation clinique est au moins aussi primitive, leur formule aussi rudimentaire que celle du toucher proprement dit. Les appareils du goût et de l'odorat sont moins favorisés encore : malgré de louables essais pour évaluer exactement leurs dégradations pathologiques, je ne sache pas qu'il existe un moyen cliniquement pratique de mesurer le degré de l'anosmie, ni qu'il soit possible d'exprimer par un chiffre quelconque ce que l'on pourrait appeler l'acuité gustative. Jusqu'ici, le seul appareil dont nous sachions apprécier et traduire par une formule exacte la situation fonctionnelle est celui de la vision. Cette supériorité tient, sans doute, à ce que les conditions d'exploration sont ici beaucoup plus précises que pour les autres organes sensoriels. Mais elle est due surtout à ce que les ophtalmologistes se sont depuis longtemps entendus pour établir leurs évaluations d'après une formule uniforme, qui rend toutes les observations comparables : ils ont convenu de rapporter toutes les acuités visuelles à une unité invariable, qui est l'acuité d'un œil normal, d'apprécier toutes les acuités pathologiques en les comparant à cette unité, et d'en représenter la valeur par une fraction qui exprime mathématiquement ce rapport.

Les otologistes, malheureusement, ne se sont pas résolus jusqu'ici à introduire une convention de ce genre dans les estimations acoumétriques. Prout et Knapp ont bien, il est vrai, tenté cette réforme si désirable et proposé fort à propos d'uniformiser les notations en estimant toutes les valeurs de l'audition par rapport à l'acuité normale. Mais, sans compter que leur formule est, ainsi que nous le verrons, mathémati-

quement inexacte, son application pratique ne s'est point généralisée ; c'est à peine si les traités la citent en passant, pour mémoire, et chaque auriste continue à mesurer comme il l'entend et à formuler à sa guise la valeur de l'acuité auditive ; bref le plus complet arbitraire règne encore dans la façon de mesurer et d'exprimer l'état fonctionnel de l'audition. Aussi, ne faudrait-il pas croire que le mot *acuité auditive* possède la valeur précise du terme *acuité visuelle*. Tandis que le dernier représente une quantité mathématique qu'un chiffre suffit à exprimer, l'acuité auditive, au contraire, est un je ne sais quoi d'assez vague qu'il serait fort malaisé de définir, et qui se mesure à volonté soit par la distance où l'oreille cesse d'entendre certains sons, soit par le temps pendant lequel elle perçoit les vibrations d'un diapason, soit enfin par l'intensité du courant qui actionne un audiomètre électrique. Si bien que cette seule et même chose, qu'on appelle l'acuité auditive, va se trouver représentée en centimètres, en secondes ou en milliampères, suivant le procédé dont on aura fait usage pour en mesurer la valeur.

Je sais bien que, dans la pratique, on emploie, à peu près constamment la première de ces méthodes, celle qui consiste à évaluer l'audition d'après la distance maxima où un bruit conventionnel est entendu, et que l'acuité auditive est généralement représentée par une longueur. Mais comme les sources sonores dont on se sert pour ces recherches sont de natures très variables, la distance où elles sont perçues est une mesure de convention qui ne donne en aucune manière la valeur absolue de l'audition ; c'est un chiffre parfaitement arbitraire qui dépend de l'instrument employé autant que de l'ouie du sujet.

On sait comment s'exécute cet examen : on apprécie plus ou moins exactement l'extrême distance à laquelle le malade est capable de percevoir soit le bruit d'un acoumètre spécial, soit le tic-tac d'une montre, soit la parole chuchotée ou articulée à voix haute. Puis on écrit dans l'observation : l'acoumètre, ou la montre, ou la voix sont entendus à telle ou telle distance. Or croyez-vous que ce renseignement éclairera suffisamment un lecteur qui ignore quelle intensité sonore

avaient la voix ou les instruments de l'auteur de l'observation ? Croyez-vous surtout qu'il soit possible, avec des documents pareils, d'établir un parallèle utile entre des faits de provenance différente ? Voici, je suppose, deux cas recueillis par deux observateurs : dans le premier, il nous est dit que la parole à voix basse est entendue à quatre mètres ; on nous apprend, dans le second, que le malade entend la montre jusqu'à 80 centimètres. Pourrons-nous dire, d'après cela, lequel des deux malades est le plus sourd ? Pourrons-nous même avoir une idée sur le degré de surdité de chacun d'eux ? Bien mieux, pourrons nous affirmer qu'ils sont ou qu'ils ne sont pas sourds, puisque la formule qui exprime l'état de leur sensibilité auditive n'établit aucune relation entre cet état et l'état normal ?

Je vais plus loin, et j'imagine qu'au lieu de sources sonores différentes, ont ait employé, dans les deux cas, des instruments de même espèce : voilà cette fois deux malades examinés l'un comme l'autre au moyen du tic-tac de la montre. Croit-on que leurs formules auditives seront pour cela plus uniformes et que, pour comparer la valeur de leurs acuités respectives, il suffira de comparer les deux distances où la montre a été entendue ? Aucunement, car le bruit de la montre qui a servi au premier observateur n'avait sûrement pas la même intensité que celui de la montre employée par le second ; d'où il suit que, lorsqu'on compare les distances où ces bruits sont perçus, on compare, en réalité, deux choses entièrement dissemblables. Pour que la notion de distance puisse servir de mesure à l'audition, il faudrait que nous possédions une source sonore uniforme, d'intensité toujours pareille, et qui fournit à tous les faits observés un terme de comparaison constant. Or l'industrie ni la nature n'ont pu, jusqu'à présent, mettre à la disposition des otologistes une commune mesure sonore permettant de comparer les acuités auditives comme le mètre sert à comparer des longueurs ou le gramme à mesurer des poids. S'il existait un instrument qui fût entre les mains de tout le monde et fournît pour tous les examens un son de même intensité, il est certain que l'acuité auditive ne dépendrait plus que de la distance où serait perçu ce son étalon et serait exac-

tement mesurée par les variations de cette distance. Mais on sait que la réalisation de cette unité acoumétrique est encore un problème à résoudre, et que la montre aussi bien que l'acoumètre, la voix comme le diapason, représentent des sources sonores essentiellement variables et qui ne peuvent directement servir d'instruments de mesure. Deux formules acoumétriques exprimées sous la forme précédente ne sont en réalité comparables que si elles ont été établies au moyen du même instrument.

Il s'en faut, du reste, beaucoup que ce procédé de notation, qui traduit l'acuité par une distance, fournisse un renseignement très utile et soit cliniquement bien instructif. Il m'importe assez peu d'apprendre à quelle distance un malade entend la montre ou l'acoumètre, si je ne sais en même temps la distance où ces mêmes instruments sont entendus par une oreille saine. Ce qui m'intéresse, en effet, ce qui intéresse le malade, ce n'est pas la façon absolue dont il entend tel ou tel son d'épreuve, mais la façon dont il entend en comparaison d'un sujet sain; c'est, en un mot, le rapport qui existe entre l'audition qu'il possède et celle qu'il devrait avoir si son oreille était normale.

Pour que la formule de l'acuité auditive indique immédiatement ce rapport, il suffira de l'exprimer sous la forme que les ophtalmologistes ont imposée à celle de l'acuité visuelle, c'est-à-dire qu'il faut prendre pour unité l'acuité physiologique et s'en servir pour mesurer toutes les acuités anormales. En adoptant cette commune mesure, indépendante des instruments de mensuration, on n'aura pas seulement l'avantage de rendre toutes les observations comparables; on réalisera, par surcroît, un mode de notation infiniment plus suggestif que les formules numériques où la valeur de l'audition est exprimée en mètres et en centimètres. Si l'on me dit que le malade entend l'acoumètre à $4^{m},50$, je me trouve fort peu renseigné sur la part d'audition qu'il a perdue et sur celle qu'il a conservé. Mais si j'apprends que son acuité auditive est le 1/4 de l'acuité normale, je suis immédiatement fixé sur la déchéance qu'a subie son audition, puisque je suis en posses-

sion d'un chiffre qui exprime mathématiquement le degré de cette déchéance.

Il nous reste donc à rechercher comment il convient de s'y prendre pour faire intervenir dans la mesure de l'audition cette notion de l'acuité normale et pour exprimer uniformément tous les degrés d'acuité pathologique en fonction de cette unité. Comme il ne s'agit, à tout prendre, que d'étendre à l'otologie les procédés de notations usités en oculistique, on me permettra de rappeler en peu de mots la méthode employée par les ophtalmologistes pour mesurer l'acuité visuelle et en formuler la valeur.

Tout le monde connaît les échelles typographiques communément employées pour cet usage. C'est une série de lignes imprimées en caractères de dimensions différentes, les plus fins répondant d'ordinaire à la ligne inférieure du tableau. On a préalablement recherché quelle est, pour chacune de ces lignes, la distance où un œil normal peut la lire distinctement, et le chiffre représentant cette distance est inscrit une fois pour toutes à côté de la ligne correspondante. Les dimensions des caractères sont généralement calculées de façon que la ligne supérieure puisse être lue à 50 mètres, tandis que les plus petites lettres, celles de la ligne inférieure, ne sont distinguées qu'à 5 mètres. Ceci posé, deux moyens se présentent pour évaluer l'acuité visuelle : le premier consiste à ne faire usage que d'une quelconque des lignes du tableau et à prendre comme mesure de l'acuité la distance où cette ligne peut être lue, ou plutôt le rapport entre cette distance et celle où les mêmes caractères seraient lus par un œil normal. Si, par exemple, le sujet ne reconnaît qu'à 4 mètres les lettres qui, normalement, doivent être très distinctes à 20 mètres, c'est que son acuité visuelle n'est plus que le 1/5 de l'acuité normale. C'est cette fraction 1/5 qui représente sa formule optométrique, et tout le monde sait ce qu'il faut entendre quand on lit dans une observation : V = 1/5.

Cette première façon de procéder, qu'on pourrait appeler méthode des distances variables, est la seule, nous le verrons, qui puisse s'appliquer en otologie. Mais, outre qu'elle a le désavantage d'obliger, pendant l'examen, à déplacer le malade

ou le tableau, elle présente, en oculistique, l'inconvénient plus sérieux de faire intervenir, en variant les distances, des questions d'accommodation qui peuvent troubler les résultats. Aussi les ophtalmologistes lui préfèrent-ils, dans la pratique, un autre procédé plus commode, celui des distances constantes. Il consiste à faire varier non plus la position du malade par rapport à l'objet qu'on lui soumet, mais la dimension de cet objet : c'est alors cette dimension, comme tout à l'heure la distance, qui mesure l'acuité visuelle. On utilisera donc, en ce cas, non plus une seule ligne du tableau, mais toute la série de ces lignes. Le malade, placé à 5 mètres, c'est à dire à la distance normale où les caractères les plus fins doivent être nettement distingués, essaie d'abord de lire la ligne inférieure. S'il ne peut pas y réussir, il remonte les lignes du tableau jusqu'à ce qu'il en rencontre une dont il reconnaisse toutes les lettres. Il est évident que, dans ce cas, la mesure de l'acuité est fournie non plus par un rapport de distances, mais par un rapport de dimensions, celui de la grandeur des lettres que le malade peut distinguer à la grandeur de celles qu'il devrait reconnaître si son acuité était normale. S'il ne peut lire, par exemple, que des caractères 5 fois plus gros que ceux de la ligne inférieure, c'est que son acuité est réduite au 1/5 de l'acuité normale, et nous nous trouvons amenés, par une voie un peu différente, à la même formule que plus haut : $V = 1/5$. On sait que, pour éviter tout calcul, un chiffre écrit en face de chaque ligne représente l'acuité visuelle correspondant à cette ligne, c'est à dire l'acuité d'un œil capable de lire cette ligne à la distance où un œil normal doit lire les plus petites lettres du tableau.

Essayons maintenant d'appliquer ces données à la mesure de l'acuité auditive. On peut partir de ce principe que l'état de la sensibilité d'une oreille saine ou malade est exactement mesuré par l'intensité du son minimum nécessaire à l'impressionner. Or, quelle que soit la nature de la source sonore employée pour explorer l'audition, la puissance avec laquelle elle affecte le nerf auditif est, comme disent les mathématiciens, fonction de deux éléments distincts : l'énergie propre de la source sonore et la distance à laquelle elle agit. Il suffira par conséquent de faire indifféremment varier l'un ou l'autre de

ces deux facteurs, le second demeurant constant, pour trouver l'intensité sonore qui mesure l'audition observée. La valeur de cette intensité, partant celle de l'acuité correspondante, dépendra uniquement des valeurs que prendra celui des deux facteurs précédents que nous aurons fait variable. On voit donc qu'ici, comme tout à l'heure pour l'acuité visuelle, nous allons avoir à choisir entre deux procédés d'estimation : ou bien placer à une distance fixe une source sonore variable et diminuer l'intensité du son jusqu'à ce qu'il cesse d'être perçu ; ou bien employer, au contraire, un son d'intensité constante et faire varier l'éloignement de l'oreille à la source sonore : on retrouve là les deux méthodes que nous appelions tout à l'heure méthode des distances fixes et méthodes des distances variables.

Nous avons vu que la première, étant plus commode et plus simple, était celle à qui les ophtalmologistes donnaient généralement la préférence. Malheureusement, son emploi rencontre, en acoustique, des difficultés particulières. Il faudrait, pour qu'on pût l'appliquer aux mensurations auditives, que nous possédions une source sonore capable de produire des sons d'intensité variable et d'intensité mesurable; c'est-à dire qu'il faudrait avoir une véritable échelle acoumétrique comparable aux échelles optométriques des tableaux de Snellen ou de de Wecker. Or cette graduation, facile à réaliser en optique, est jusqu'à présent impossible à obtenir en acoustique. Pour établir une échelle optométrique, il suffit de tracer une première ligne de caractères dont les dimensions sont calculées de façon qu'à une distance de 5 mètres l'œil les voie sous un angle de 5 minutes : on a ainsi les caractères les plus fins qu'un œil normal puisse lire à cette distance. Quant aux lettres des autres lignes, leur grandeur est proportionnelle à la distance où elles doivent normalement être lues : c'est-à-dire que si la ligne inférieure, qui doit être distinguée à 5 mètres, a des lettres de 3 millimètres, la ligne marquée 50 mètres sera formée de caractères ayant 3 centimètres de hauteur. Rien de plus facile, on le voit, que de graduer cette échelle : c'est une simple question de proportion entre les dimensions des caractères et la distance où l'œil normal doit les reconnaître.

Il n'existe, pour le moment, aucun procédé qui permette d'établir une graduation analogue dans les sons expérimentaux qui servent à explorer l'audition. On ne connaît, nous l'avons vu, aucun instrument susceptible de fournir à tous les observateurs un son d'intensité identique. A plus forte raison est-il impossible d'obtenir une série de sons qu'on puisse faire croître et décroître en leur donnant à volonté une intensité définie. Je sais bien qu'il existe des appareils permettant, par différents dispositifs, de varier l'intensité des sons. C'est ainsi, pour ne citer que les plus récents, que, dans l'audiomètre électrique imaginé par M. Moure, le son produit par le claquement d'un téléphone peut être augmenté ou diminué en faisant varier l'intensité du courant. C'est encore dans le même but que M. Lichtwitz a proposé l'application du phonographe aux mensurations acoumétriques, que M. Hélot a fait construire un acoumètre dans lequel le son est gradué par son passage à travers des diaphragmes de différents diamètres, qui atténuent l'intensité sonore comme les diaphragmes d'objectifs atténuent l'intensité de la lumière. Mais si ces instruments permettent de faire varier l'intensité du son, ils ne la font pas varier dans des proportions déterminées et exactement mesurables ; ce sont bien, si l'on veut, des échelles acoumétriques, mais des échelles non graduées, ou du moins graduées d'une façon toute conventionnelle, car il n'est nullement démontré que l'intensité du son obtenu soit mesurée par les milliampères du courant dans l'appareil de M. Moure ou par le diamètre des diaphragmes dans celui de M. Hélot.

On voit donc qu'il est impossible d'estimer l'acuité auditive d'après les variations d'intensité portant sur la source sonore, ces variations étant elles-mêmes des quantités qui nous échappent et que nous ne savons pas mesurer. Aussi nous trouvons-nous forcés d'appliquer aux mensurations acoumétriques les variations d'un autre facteur, dont l'influence sur l'intensité du son est exactement déterminée par une simple loi d'acoustique : je veux parler de la distance où se trouve la source sonore par rapport à l'oreille observée. Nous n'aurons garde toutefois de nous servir de ce facteur pour exprimer directement la valeur de l'acuité auditive : j'ai suffi-

samment insisté sur la nécessité qu'il y a, pour obtenir une formule générale, à mesurer cette acuité en fonction de l'audition normale. La notion de la distance entre l'oreille et la source sonore ne doit donc être, en pareil cas, qu'une sorte d'intermédiaire nous permettant de comparer la valeur de l'acuité normale à celle de l'oreille observée. Il en résulte que, dans cette recherche, nous pouvons indifféremment faire usage d'une source sonore quelconque, puisque cet élément arbitraire disparait dans la formule définitive, pour faire place à un rapport abstrait qui ne peut changer de valeur quel que soit le moyen matériel qui a servi à le mesurer.

Ceci posé, l'observateur fait choix d'une source sonore, montre, acoumètre, etc., qui lui servira désormais à toutes les observations de ce genre. Il commence par étalonner cet instrument par rapport à l'audition normale ; j'entends par là qu'il vérifie, et cela une fois pour toutes, à quelle distance maxima cet appareil est entendu par une oreille d'acuité normale. Admettons, pour fixer les idées, que cette distance soit égale à 3 mètres. Supposons maintenant qu'un malade entende l'instrument à 1 mètre. Il en résulte évidemment que ce malade n'est capable que de percevoir un son neuf fois plus intense que ne l'entend un sujet sain, puisque l'intensité du son est inversement proportionnelle au carré de l'éloignement : ce qui prouve, en définitive, que l'acuité du sujet observé est réduite au 1/9 de l'acuité normale; et c'est ce rapport 1/9 qui représente, dans le cas actuel, la formule de l'acuité auditive. D'où la règle pratique suivante: mesurer la distance maxima à laquelle une oreille normale entend l'instrument d'exploration. Pratiquer la même recherche sur l'oreille qu'il s'agit d'observer. L'acuité de cette dernière est représenté par le carré d'une fraction ayant pour dénominateur la distance correspondant à l'audition normale et pour numérateur la distance trouvée pour l'oreille malade ; ce qu'on écrira $A = \left(\frac{d}{D}\right)^2$.

Cette formule, comme on le voit, diffère très sensiblement de celle qui a été proposée par Prout et Knapp. Ces auteurs, ne tenant pas compte de la loi physique qui régit la propagation des ondes sonores, expriment l'acuité auditive par le

simple rapport des distances, $\frac{d}{D}$, et non par le rapport de leurs carrés, c'est-à-dire que la formule auditive revêt pour eux la même forme que celle de l'acuité visuelle. Or, si cette formule est vraie pour les examens optométriques, où le diamètre apparent des caractères varie simplement comme leur distance, elle cesse complètement d'être exacte quand on l'applique aux essais acoumétriques, dans lesquels l'intensité du son est inversement proportionnelle non plus à l'éloignement de la source sonore, mais au carré de cet éloignement. On peut d'ailleurs juger quelle cause d'erreur cette simplification trop commode introduit dans les résultats, si l'on songe que, dans le cas que nous avons pris plus haut pour exemple, elle conduirait à attribuer une valeur de 1/3 à une acuité auditive qui, de par toutes les lois de l'acoustique, est en réalité égale à 1/9.

Je veux, avant de terminer, aller au devant d'une objection dont je ne chercherai point à nier la valeur : c'est que cet acuité normale, qui doit servir de mesure aux variations pathologiques de l'audition, est elle-même une quantité fort variable et qui peut, d'un sujet à l'autre, osciller dans d'assez larges limites. Peut-être suffirait-il de répondre que l'acuité visuelle normale ne représente pas, à tout prendre, une valeur beaucoup plus fixe, ce qui n'a pas empêché les ophtalmologistes de l'accepter comme unité. Toutefois il faut reconnaître que la valeur de l'audition, même sans sortir des limites de ce qu'on eut convenu d'appeler l'état normal, est sujette à des différences individuelles particulièrement étendues : aussi sera-t-il toujours bon de n'établir cette valeur que sur l'examen comparé d'un certain nombre de sujets normaux, dont on déduira une moyenne. Comme l'âge, en particulier, apporte, en dehors de toute maladie, d'énormes différences dans l'étendue de l'audition, il serait évidemment injuste de prendre pour base de calcul une valeur de l'acuité normale applicable en bloc à tous les sujets. Pour atténuer, autant qu'il est possible, cette cause inévitable d'erreur, le seul moyen serait peut-être d'établir conventionnellement une sorte de groupement suivant les âges, par période de 5 années par exemple, d'établir pour

chacune de ces périodes la valeur particulière de l'acuité normale et de répartir chaque sujet dans le groupe qui lui serait attribué par son âge. C'est-à-dire que dans la formule générale de l'acuité auditive, le terme D, que nous supposions tout à l'heure invariable, prendrait des valeurs progressivement décroissantes à mesure que l'observation porterait sur un sujet plus âgé.

II

UN CAS DE SYPHILIS LARYNGÉE TERTIAIRE CHEZ UN ADULTE CRISES DE SUFFOCATION ; TUBAGES RÉPÉTÉS ; GUÉRISON

Par M. **SARGNON**, préparateur à la Faculté de Médecine, interne des Hôpitaux de Lyon.

Au cours d'une suppléance d'interne, faite au mois de septembre dernier, dans le service de M. Garel, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de syphilis laryngée tertiaire avec crises asphyxiques, traitées avec succès par le tubage. M. Garel nous a obligeamment autorisés à le publier, nous l'en remercions.

Il s'agit d'un sous-officier de l'armée d'Afrique, âgé de 35 ans, en congé à Lyon et dont voici l'observation.

Ce malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; on note un peu d'alcoolisme ; impaludisme contracté en Afrique. Il jouit néanmoins d'une excellente santé et paraît très vigoureux.

Il y a 7 ans, étant militaire à Grenoble, il contracte un chancre induré de la verge ; deux mois après l'accident primitif, le malade a de la céphalée surtout nocturne, de l'alopécie, du psoriasis palmaire et de l'adénopathie cervicale. Il n'aurait jamais eu, dit-il, de plaques muqueuses bucco-pharyngées ; absence complète de dysphagie ; mais la voix devient rauque, lors de l'apparition de ces accidents secondaires.

Après deux mois de traitement par les frictions mercurielles, tous ces phénomènes disparaissent. Pourtant la raucité de la voix reparaît par moment, sans phénomènes douloureux ni dysphagie concomitantes. Le malade depuis lors n'a jamais présenté d'accident syphilitique cutané.

Il y a six mois, la voix redevient rauque ; légère douleur spontanée et à la pression au niveau du larynx ; toujours pas de dysphagie. Ces phénomènes restent stationnaires jusqu'au milieu de septembre dernier ; depuis cette époque le malade présente une vive oppression dans l'effort, de la dyspnée surtout nocturne, supprimant tout sommeil ; dans la nuit du 22 au 23 septembre la dyspnée est continue avec tirage et cornage, sans crises asphyxiques néanmoins. Le lendemain matin M. Garel voit le malade dans son cabinet ; à l'examen laryngoscopique il constate un rétrécissement considérable de l'orifice glottique représenté simplement par une fente de deux à trois millimètres de largeur ; les cordes vocales sont déformées, recouvertes en grande partie par les bandes ventriculaires hypertrophiées et bourgeonnantes ; pas d'ulcération apparente ; l'épiglotte est saine.

M. Garel fait entrer le matin même le malade dans son service et le tube à neuf heures et demie du matin au laryngoscope avec l'appareil d'O'Dwyer et une canule métallique de petit calibre, munie à son extrémité supérieure d'un double fil, permettant une facile extraction. L'amélioration est immédiate ; les phénomènes asphyxiques disparaissent aussitôt.

A dix heures et demie le tube est expulsé spontanément au cours d'un accès de toux, survenu immédiatement après le repas. L'asphyxie reparaît aussitôt. Nous pratiquons immédiatement le tubage au laryngoscope et administrons au malade 0gr,08 d'extrait thébaïque pour calmer les quintes de toux. Deux heures après le tube est expulsé de nouveau, au cours d'un accès de toux, provoqué par l'ingestion de liquide ; nouveau tubage immédiat. A cinq heures du soir, expulsion spontanée du tube ; tubage immédiat au laryngoscope. Nous faisons une injection de 0gr,01 de chlorhydrate de morphine pour calmer les quintes de toux et le tube reste en place toute la nuit.

Le 24 au matin expulsion du tube ; nouveau tubage à neuf heures et demie du matin. Dans la même journée le tube a été expulsé six fois, toujours à la suite d'accès de toux provoqués par la déglutition. On administre un traitement iodure intensif (6 grammes d'emblée) et l'on supprime l'alimentation buccale, que l'on remplace par quatre lavements alimentaires.

Dans la soirée du 24 au 25 septembre, le malade garde son tube depuis six heures et demie jusqu'à onze heures ; le reste de la nuit se passe tranquillement, sans phénomènes asphyxiques et nous attendons jusqu'au lendemain matin pour pratiquer un

nouveau tubage à neuf heures et demie du matin. Expulsion spontanée du tube à deux heures de l'après-midi ; à six heures du soir, nous essayons de le remettre, il est rejeté deux fois de suite dans des accès de toux (le malade venait immédiatement de manger) ; à la troisième tentative le tube reste en place. Pour diminuer les quintes de toux, on administre l'iodure de potassium par voie rectale, 2 grammes par lavement alimentaire, soit 8 grammes par jour ; frictions mercurielles concomitantes. Le tube reste en place jusqu'à deux heures du matin et le reste de la nuit se passe sans grande dyspnée.

Le 26 septembre au matin, réapparition des phénomènes asphyxiques ; nouveau tubage ; expulsion spontanée du tube vers une heure de l'après-midi ; tubage à six heures du soir avec une canule métallique plus volumineuse, qui est expulsée deux heures après. Nous replaçons alors l'ancien tube, que le malade garde jusqu'à deux heures du matin.

Le 27 au matin la dyspnée reparaît très intense avec tirage et cornage ; nous introduisons un tube très volumineux en ébonite ; il est aussitôt expulsé et remplacé par un tube métallique de calibre un peu moindre.

Au niveau du cou, on constate un léger œdème sans phénomènes douloureux. A ce moment, M. Garel se demande, s'il ne vaut pas mieux pratiquer une trachéotomie, et décide de continuer les tubages, pour amener de la dilatation glottique. Deux heures après, expulsion spontanée du tube et phénomènes asphyxiques immédiats ; nous tubons le malade avec une canule métallique de moyen calibre, qui est rejetée au bout de trois heures et remplacée par un tube en métal de gros calibre, que nous enfonçons profondément dans le larynx ; ce tubage est suivi de quintes de toux très intenses, qui n'amènent cependant pas l'expulsion de l'appareil ; injection immédiate 0gr,01 de chlorhydrate de morphine. Depuis lors le malade garde continuellement son tube ; on supprime les lavements alimentaires, alimentation lactée par voie buccale. Le malade prend toujours 8 grammes d'iodure de potassium avec frictions mercurielles quotidiennes.

2 octobre. Bon état général ; on commence une alimentation solide ; l'œdème du cou a disparu ; légère douleur à la pression au niveau du larynx ; un peu de dysphagie et de salivation, que l'on combat par des gargarismes de chlorate de potasse. Pas d'abolition de la voix, malgré la présence du tube ; le malade se fait même comprendre assez facilement.

3 octobre. La ficelle reliant la canule à l'extérieur se casse et est expulsée. M. Garel essaye inutilement d'extraire la canule avec la pince d'O'Dwyer ; à l'examen laryngoscopique, il constate que l'extrémité supérieure du tube est logée immédiatement au-dessous des cordes vocales supérieures.

5 octobre. Le tube est extrait très difficilement avec l'extracteur d'O'Dwyer. Aussitôt après le malade éprouve une dyspnée passagère, due à un spasme de la glotte, qui disparait rapidement ; puis la respiration redevient calme et s'effectue avec plus de facilité qu'auparavant.

8 octobre et jours suivants. Le malade va bien, l'état général est bon ; l'appétit est revenu ; la dyspnée a beaucoup diminué ; encore quelques quintes de toux dues à l'obstruction du conduit laryngé par les mucosités.

19 octobre. Le malade respire beaucoup mieux ; tous les soirs on le tube et l'appareil reste en place toute la nuit ; le matin le malade l'enlève, pour faciliter l'alimentation.

Le malade prend 6 grammes d'iodure par jour.

20 octobre. Pour produire de la dilatation laryngée, on laisse le tube en place jusqu'au 12 novembre, le malade supporte très bien son tube.

12 novembre. M. Garel, pratiquant l'examen laryngoscopique, constate que le tube est fixé profondément dans le larynx ; son extrémité supérieure est recouverte de chaque côté par un bourrelet de la muqueuse sus-glottique, retombant sur les parties du pavillon sans obstruer l'orifice ; à l'examen on n'aperçoit donc que la lumière du tube et non le tube lui-même ; cette disposition, très gênante pour l'extraction, explique l'absence complète de dyspnée.

M. Garel essaye inutilement d'enlever le tube avec l'extracteur d'O'Dwyer en passant d'abord au-dessus de la ligne médiane de la langue, puis latéralement et en dehors de cet organe pour avoir une épaisseur moindre de parties molles à déprimer. Cet insuccès est dû à la courbure trop accentuée, ou plutôt à la coudure presque à angle droit que présente cet extracteur.

En effet, considérons une coupe vertico-médiane et antéro-postérieure de la tête et du cou ; mettons en place l'extracteur d'O'Dwyer (ABC), nous constatons que les deux branches BC au lieu de s'enfoncer dans la lumière du tube viennent butter contre la partie antérieure de son bord supérieur ; aussi les deux branche une fois ouvertes, la postérieure B butte contre cette même portion tandis que l'antérieure passe en avant du

tube ; l'extraction dans ces circonstances est absolument impos-

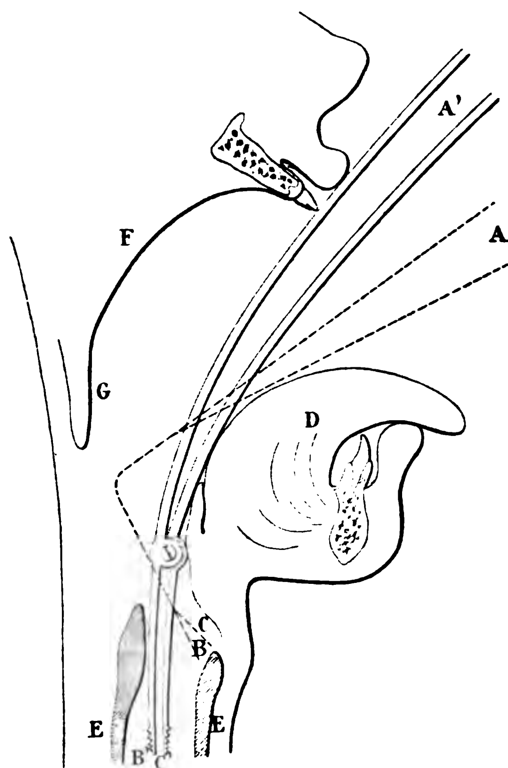


Fig. 1.

ABC = extracteur d'O'Dwyer en place.
A'B'C' = extracteur de M. Garel.
D = langue projetée en avant (attitude d'examen laryngoscopique).
EE = tube en place.
F = voute palatine.
G = voile du palais.

N. B. Je remercie mon ami, François Nique, externe du service de M. Garel, à qui je dois ce schéma, ainsi que M. Fayolle, interne du service, qui m'a obligeamment communiqué tous les détails concernant le malade depuis le mois d'octobre.

sible. Telle est chez ce malade la cause de l'insuccès, constatée par M. Garel à l'examen laryngoscopique. Mais pourquoi la courbure accentuée de l'extracteur d'O'Dwyer a-t-elle amené un pareil résultat ? Il s'agit là d'une disposition individuelle, d'ordre anatomique ; chez notre malade le larynx présente une obliquité de haut en bas et d'avant en arrière plus accentuée que normalement, d'autre part, son extrémité supérieure est située plus bas que d'habitude ; double raison pour expliquer le mécanisme de cet insuccès.

M. Garel fait construire un extracteur à courbure uniforme peu prononcée (extracteur A'B'C'), basé sur ce principe : plus on doit descendre bas dans le larynx, plus il faut augmenter le rayon de courbure, pour se rapprocher le plus possible du rayon de courbure des extracteurs œsophagiens.

Ce nouvel extracteur pénétre facilement dans la lumière du tube, jusqu'à la jonction environ du 1/3 inférieur avec le 1/3 moyen, plus bas, par conséquent, que ne le montre notre schéma ; aussi le tube est extrait à la première tentative, le 18 novembre.

Dans la soirée, qui suit l'extraction, le malade est pris de dyspnée ; on replace le même tube, qui est expulsé le lendemain matin dans un effort de toux. Nouveau tubage immédiat.

27 *novembre*. Depuis le 18 le tube se maintient difficilement en place ; une simple secousse de toux suffit pour le rejeter et le malade subit des tubages répétés. Si on le laisse quelques heures sans tube, il reprend de la dyspnée ; la veille néanmoins il est resté sans tube pendant cinq heures de suite.

Le 27 au soir, on tube le malade par précaution, bien que depuis douze heures il soit resté sans tube.

6 décembre. Pas de dyspnée ; tubage tous les soirs avec une grosse canule pour amener de la dilatation laryngée.

8 décembre. Le malade veut apprendre à se tuber lui-même et y arrive facilement. Il se fait construire un appareil introducteur aussi simple que possible : une simple tige d'acier recourbée et se vissant sur le mandrin d'un tube métallique de gros calibre ; la tige d'acier est absolument dépourvue de ressort à poussette.

Pour se tuber lui-même, le malade assis, la tête un peu en haut, introduit, de la main droite, la tige en acier vissée sur le mandrin et puis attire à lui l'introducteur ; en même temps avec l'index gauche enfoncé dans le gosier et déprimant l'épiglotte, il repousse le tube dans l'intérieur du larynx, puis enlève

le fil attaché à la canule et permettant une extraction facile au cas où le tube se logerait dans l'œsophage.

Pour enlever son tube, notre malade renverse la tête en arrière, se met à tousser et le tube est aussitôt expulsé.

12 décembre. Le malade, obligé de rejoindre son régiment, quitte le service en bonne santé ; il se tube tous les soirs pour dilater son larynx et prévenir les accès possibles de suffocation nocturne.

L'examen laryngoscopique pratiqué lors de son départ permet de constater une persistance de la sténose glottique par brides cicatricielles ; la mobilité des cordes vocales est faible ; le calibre de l'orifice glottique est pourtant bien plus considérable qu'au début des tubages. Au niveau de la corde vocale droite, à sa partie postérieure, on aperçoit une saillie due au cartilage aryténoïde déplacé et soulevant la muqueuse à ce niveau. En somme, notre observation se résume ainsi : syphilis tertiaire laryngée, déterminant des crises asphyxiques, traitées avec succès par des tubages répétés, qui ont amené, en outre, de la dilatation laryngée. En présence d'un pareil cas, quelle conduite tenir : fallait-il tuber le malade ou le trachéotomiser ?

M. Garel a préféré le tubage à cause de son innocuité certaine ; il n'en est pas de même de la trachéotomie faite d'urgence, opération grave, souvent mortelle. D'ailleurs, dans les cas de rétrécissements laryngés, non cancéreux, elle ne répond pas à toutes les indications ; elle fait cesser les phénomènes asphyxiques, mais n'a pas d'action sur le rétrécissement lui-même, qui progressera de plus en plus, à moins que le malade ne se soumette à une dilatation quotidienne, temporaire, avec les dilatateurs métalliques laryngés ou les tubes de Schrötter. Le tubage, au contraire, répond parfaitement à cette double indication : combattre les phénomènes asphyxiques ; amener une dilatation permanente, progressive, du larynx rétréci (il suffit pour réaliser cette dernière condition de se servir de tubes de diamètre de plus en plus considérable).

Malheureusement, le larynx rigide de l'adulte ne se moule pas, comme celui de l'enfant, sur le tube mis en place ; de là l'intolérance du tube et la nécessité de tubages répétés.

Dans ces conditions donc le tubage constitue un traitement

excellent dans un milieu hospitalier, inapplicable le plus souvent dans toute autre circonstance.

Chez notre malade le tubage était d'autant plus rationnel, qu'au bout d'un certain temps il est arrivé à se tuber lui-même. Il ne s'agit pas là d'un fait bien extraordinaire ; M. Garel a vu des malades de la clinique de Gouguenheim s'introduire eux-mêmes dans le larynx des tubes en caoutchouc creux durci.

Notre observation présente aussi ce fait intéressant : la difficulté de l'extraction du tube avec l'appareil d'O'Dwyer, dont la courbure trop accentuée, presque à angle droit, ne peut s'adapter à tous les cas chez l'adulte. S'il s'agit en effet de larynx abaissés et surtout plus obliques en bas et en arrière que normalement, on peut avoir des insuccès qu'explique suffisamment le schéma ci-dessus. Dans ces cas, il sera bon d'employer un extracteur analogue à celui que M. Garel a fait construire pour notre malade et dont le rayon de courbure tend de plus en plus à se rapprocher de celui des extracteurs œsophagiens.

III

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ŒDÈME AIGU DU LARYNX

Par le Dr **L. EGGER** (1).

La plupart des ouvrages de laryngologie traitent de l'œdème aigu du larynx; je n'ai donc pas la prétention de décrire une affection nouvelle et me borne, dans cette communication, à faire connaître un cas, recueilli dans la clinique de MM. Lermoyez et Helme, qui offre un certain intérêt par la marche de l'affection et surtout par son étiologie.

Observation. — Mme G., âgée de 30 ans, vient à la clinique le 13 décembre 1895 parce qu'elle ne peut ni respirer, ni parler, ni avaler sans les plus vives difficultés. Cet état dure depuis deux jours.

Il y a quinze ans cependant que la voix est voilée, c'est-à-dire depuis ses premières couches. La malade a eu quatre enfants, dont deux sont en parfaite santé; les deux autres sont morts, l'un de convulsions, l'autre d'entérite. Lors de sa première grossesse (il y a 5 ans), elle eut des hémoptysies accompagnées de toux opiniâtre; elle maigrit, perdit ses forces; mais c'est surtout depuis trois ans que l'amaigrissement fait des progrès rapides. En 1893, elle eut une fluxion de poitrine. Elle n'est pas syphilitique, n'a jamais eu de rhumatisme, tousse et maigrit depuis un an, n'a pas de sueurs nocturnes.

Comme antécédents héréditaires, son père est mort asthmatique, il ne paraît pas avoir été tuberculeux; sa mère est morte d'un cancer de l'estomac; un frère et une sœur sont morts de convulsions. Actuellement, elle a un frère et une sœur en bonne santé. Son mari est bien portant.

(1) Communication à la *Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*, 6 mai 1896.

La malade est enceinte de cinq mois environ.

Il y a deux jours, le mercredi 11 décembre 1895, sa mère meurt dans la soirée ; Mme G. apprend cette nouvelle le lendemain à 8 heures du matin ; bien portante à ce moment, elle accourt auprès de la défunte ; à 9 heures elle ressent un grand frisson et est prise d'un état syncopal. A midi elle souffre d'une dysphagie très marquée, elle ne peut rien avaler. En même temps la voix devient enrouée, et le soir seulement la dyspnée apparaît intense. Une fièvre violente, dit la malade, persiste jusqu'au matin du vendredi 13 ; ce n'est qu'une rémission survenant dans l'intensité des accidents qui lui permet de nous être amenée.

Maintenant encore la dysphagie est absolue ; l'absorption d'une cuillerée de potion prescrite la veille par son médecin a déterminé chez elle des accidents de dyspnée violente suivie d'état syncopal. Cette dysphagie consiste ici plutôt dans un spasme de la partie inférieure du pharynx ou supérieure de l'œsophage, car la malade rend presque immédiatement ce qu'elle avale avant même que la matière déglutie ait eu le temps d'aller bien au-delà de l'isthme du pharynx. De plus, cette dysphagie n'est pas douloureuse.

La malade a une dyspnée telle qu'elle ne peut dormir dans la position horizontale, elle est obligée de rester assise sur son lit.

Notons en passant que Mme G. avait perdu son père quinze jours auparavant, mais n'en fut pas aussi affectée, car cette mort était prévue.

Notre attention est tout d'abord attirée par l'extinction complète de la voix. La respiration au moment de l'examen est tranquille ; il n'y a pas de tirage ; il existe un peu de cornage, on ne constate aucune trace de fièvre.

Avant de passer aux phénomènes locaux, signalons que Mme G. n'a pas absorbé de médicaments, iodures ou autres pouvant expliquer son état.

A l'examen objectif que l'état de la malade oblige d'abréger, on note d'abord une certaine pâleur des téguments, bien que l'état général soit relativement bon.

Le pharynx est rempli de mucosités et de salive ; toute la muqueuse du vestibule et du larynx proprement dit est recouverte de mucosités épaisses. L'épiglotte est épaisse et infiltrée. Les aryténoïdes disparaissent complètement, englobés dans deux masses gélatiniformes presque transparentes qui font saillie dans

le larynx. L'aryténoïde gauche est beaucoup plus infiltré que le droit ; au-dessous des aryténoïdes la glotte apparaît normale ; les cordes vocales ont conservé leur coloration et leur volume. L'aryténoïde gauche est immobile tandis que le droit possède un certain degré de mobilité.

Après une insufflation de poudre de morphine, la malade peut boire du lait sans grande difficulté, ce qu'elle n'avait pas fait depuis deux jours. On prescrit de la glace à l'intérieur et dix pastilles de cocapyrine.

14 décembre. — Grande amélioration. La malade souffre moins quand on appuie sur les parties latérales du thyroïde. De plus, elle a pu avaler ce matin un peu d'eau glacée. Enfin, l'œdème aryténoïdien a diminué des deux tiers et l'aryténoïde gauche a repris sa mobilité, on voit le vestibule laryngé rouge et infiltré. Au-dessous, quoiqu'une couche de muco-pus empêche de distinguer les détails, il paraît y avoir des ulcérations diffuses tapissant les deux bandes ventriculaires et les cordes vocales inférieures qui sont mobiles. La malade continue à prendre des pastilles de cocapyrine.

16 décembre. — Ne souffre plus du tout en avalant, et n'a plus aucune douleur à la pression externe du larynx, pas même au niveau de la partie gauche du cartilage thyroïde.

Peut facilement avaler les boissons.

L'œdème a *totalement disparu.* Maintenant le vestibule du larynx a l'aspect d'une laryngite aiguë : muqueuse rouge intense non ulcérée, mais un peu épaissie, on voit les pointes des deux cartilages de Santorini. Les deux aryténoïdes se meuvent bien, mais le gauche est un peu plus paresseux que le droit.

Les deux cordes vocales inférieures, mobiles, paraissent ulcérées et recouvertes d'exsudats blanchâtres, jaunes, qui simulent des cordes vocales saines.

On prescrit des pulvérisations d'antipyrine au 1/100e.

18 décembre. — La malade ne souffre plus du tout. Mais la voix est encore complètement aphone. La base de la langue est rouge, injectée ; l'épiglotte est aussi injectée, rose vif. La muqueuse aryténoïdienne rosée, la muqueuse inter-aryténoïdienne épaissie en coussin sans villosités.

Les bandes ventriculaires sont rouges, tuméfiées, ne paraissent plus ulcérées. Les deux bandes blanches qu'on voyait l'avant-veille sont bien les *cordes vocales fibreuses.* On constate un petit semi blanchâtre qui simule une éruption d'herpès.

Auscultation. — Lésions localisées au sommet droit, caracté-

risées par de la submatité, de l'expiration prolongée et quelques craquements dans la fosse sus-épineuse droite, de l'expiration prolongée dans le creux sous-claviculaire. A gauche, emphysème compensateur.

20 décembre. — L'examen des crachats fait par mon ami, M. Piaget, au laboratoire de M. Straus, d'après les méthodes ordinaires, décèle *un* bacille douteux sur plusieurs préparations.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'ensemble du larynx est rouge, on supprime les pulvérisations d'antipyrine qu'on remplace par des inhalations d'alcool et baume du Pérou.

23 décembre. — État subjectif meilleur, état local sans changement.

27 décembre. — Cordes épaissies, rougeâtres. La corde vocale droite présente une nodosité à laquelle correspond une encoche de la corde vocale gauche. Cordes légèrement bosselées. On pratique des badigeonnages de phénol sulfo-riciné.

30 décembre. — Le larynx reste rouge, on prescrit des pilules de gaïacol et des pulvérisations de teinture d'eucalyptus, baume du Pérou et alcool, et on continue les badigeonnages de phénol sulfo-riciné.

3 janvier 1896. — La voix revient dans les notes graves. Il n'y a plus trace de muco-pus dans le larynx. L'épiglotte est rouge, les cartilages aryténoïdes sont injectés, les bandes ventriculaires rouges et tuméfiées. Les cordes vocales reprennent peu à peu leur forme et leur coloration blanche surtout à leur partie interne, la partie externe étant sillonnée de vaisseaux apparents. La glotte est encore en boutonnière. Le rapprochement insuffisant des cordes en arrière semble dû à de la pachydermie inter-aryténoïdienne. On commence des badigeonnages de ZnCl au 50°, qu'on pratique tous les deux jours.

31 janvier. — La voix s'est beaucoup améliorée. A l'examen du larynx l'épiglotte n'a rien, les bandes ventriculaires non plus, les aryténoïdes sont un peu rouges mais pas infiltrés ; on distingue très bien les cartilages de Santorini. Il n'y a que de l'épaississement de la muqueuse inter-aryténoïdienne et un peu de rougeur des cordes vocales. Cinq nouvelles préparations de crachats n'ont accusé la présence d'aucun bacille tuberculeux.

14 février. — La voix est très légèrement voilée. Même état local. L'auscultation révèle les mêmes signes que plus haut (18 déc.).

27 avril 1895. — La malade mandée par moi ne se plaint de rien. Elle a les traits un peu tirés et amaigris, et se trouve actuellement près de la fin de sa grossesse (dont elle attend le terme du 1er au 15 mars) qu'elle supporte d'ailleurs très bien comme ses grossesses précédentes. Elle mange bien, avec appétit, ne vomit pas.

La voix est complètement revenue : elle est normale, pas forte, mais bien timbrée, aussi claire vers la fin de la journée que le matin.

Après avoir interrompu les pilules d'iodoforme pendant une semaine, elle eut une petite hémoptysie (de la valeur d'une gorgée) le jour où elle reprit cette médication.

Elle n'a pas de sueurs nocturnes. Cependant elle tousse toujours et surtout le matin. Après les accès de toux elle ressent parfois quelques douleurs entre les deux épaules ainsi qu'au bas-ventre.

Pour fixer l'étiologie de cet œdème dont nous avons vu se dérouler les différentes phases au mois de décembre, nous dirigeons notre interrogatoire sur l'état nerveux. Nous ne trouvons aucun point hystérogène ; la seule chose qui nous frappe c'est le fait que les réflexes du voile sont notablement diminués mais non abolis ; la sensibilité du voile et la sensibilité cutanée à la face et aux mains est nettement plus accentuée à gauche qu'à droite. La malade dit n'être pas nerveuse et n'avoir jamais eu de crises.

Auscultée aujourd'hui, on constate une respiration rude avec expiration prolongée aux deux sommets, surtout à droite. Quelques craquements dans la fosse sus-épineuse droite.

Larynx : Voile et épiglotte pâles. Vestibule rosé, normal.

Les aryténoïdes très mobiles, ne présentent rien de particulier ; de même les bandes ventriculaires.

Quant aux cordes vocales, leurs bords sont légèrement arrondis, assez réguliers ; leur coloration est d'un blanc tirant vers le gris-rosé, avec quelques veinosités surtout à droite, à la réunion du tiers postérieur avec le tiers moyen.

En faisant l'exploration d'après la méthode de Killian on constate que dans l'espace inter-aryténoïdien, les plis formés au moment de l'adduction sont normaux. La pachydermie signalée plus haut a disparu, la muqueuse est lisse et normale.

Cette observation nous montre une femme qui, jouissant d'un état de santé relativement bon, est prise subitement, à la

suite de l'émotion produite par la nouvelle de la mort de sa mère, et par la vue de la personne décédée, de tout le cortège des phénomènes de l'œdème laryngé aigu. Qu'il y ait là simple coïncidence, c'est difficile de l'admettre ; voilà une personne qui, à huit heures du matin se porte bien, respire bien ; une heure plus tard, en proie à une vive émotion, elle ressent un violent frisson, puis au repas de midi, elle ne peut manger et étouffe.

L'émotion a certainement eu une action réelle sur la production de cet œdème. Mais comment a-t-elle agi ?

Il est de notion courante que l'infiltration séreuse du larynx survient rarement en tant qu'affection primaire, idiopathique. Dans la plupart des cas, elle se présente comme symptôme partiel ou consécutif d'une affection locale. C'est ainsi que l'œdème aigu du larynx s'observe entre autre dans les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques.

Or, nous avons vu que notre malade présentait des signes non douteux d'induration des sommets. Nous pouvions donc soupçonner le larynx d'être secondairement le champ d'opération du bacille tuberculeux. Dans cette hypothèse, nous étions en face d'un larynx déjà infecté, qui, pour une cause quelconque, ici l'émotion, est devenu le siège de troubles circulatoires brusques, et fit consécutivement un œdème infectieux. De même que le pneumocoque, notre hôte habituel et le plus souvent inoffensif, peut, sous une influence extérieure (traumatisme, refroidissement), déterminant un trouble circulatoire, acquérir une virulence spéciale et devenir l'agent de la pneumonie, ainsi, dans notre cas, le terrain dont l'irrigation aura été modifiée, aurait donné au bacille sommeillant un regain d'activité. C'était là notre avis, et *avant le dernier examen* de la malade l'opinion la plus vraisemblable.

D'autre part, ayant publié en 1894 (1) des cas de grippe pseudo-phymique, dans lesquels on trouvait, à s'y méprendre, les signes stéthoscopiques de l'induration des sommets, je pense qu'on peut se demander s'il n'y aurait pas à rapprocher

(1) L. EGGER. — Etudes cliniques sur les formes pseudo-phymiques de la grippe. Baillière, 1894.

notre malade de ces observations. Je ne fais qu'émettre cette idée, les recherches bactériologiques n'ayant pas été assez concluantes dans notre cas.

Reste à voir si nous n'avons pas affaire à un œdème angioneurotique simple tel que l'a décrit Strübing ([1]), qui comprend sous le nom d'œdème angio-neurotique du larynx, une infiltration séreuse, qui ne trouve son explication ni dans un processus inflammatoire de l'organe ou des parties avoisinantes, ni dans des troubles de circulation (obstacle à la circulation de retour par les veines laryngées), ni enfin dans une altération du sang dans laquelle on puisse rationnellement voir une cause de trouble dans le mouvement de la masse sanguine, mais que l'on ne peut rapporter uniquement qu'à des influences nerveuses, à une névrose pure des nerfs vasculaires, des vaso-moteurs. Mais cette maladie se développe très rapidement sans fièvre et sans douleur. C'est en cela que notre observation s'en écarte.

Enfin, nous avons signalé l'absence de causes médicamenteuses, telles que l'iodure, l'ipéca ([2]).

En résumé, il me paraît assez difficile de fixer d'une façon définitive l'étiologie de cet œdème. Des trois hypothèses émises, l'état actuel du larynx paraît devoir nous faire abandonner l'idée de tuberculose laryngée. Je n'ai fait que mentionner la possibilité d'un œdème infectieux, peut-être grippal. Quant à la troisième étiologie possible, celle de l'œdème angio-neurotique, le fait que nous n'avons constaté de fièvre à aucun moment, que nous ne connaissons l'état fébrile que par les renseignements de la malade elle-même, nous permet de ne pas trop tenir compte de ce symptôme. Si nous y ajoutons, en outre, un certain état nerveux, peu accentué, il est vrai, nous nous croyons autorisés à penser que nous avons eu affaire ici à un *œdème angio-neurotique aigu simple, consécutif à une émotion, chez une tuberculeuse.*

([1]) Strübing. — Ueber angioneurot. Larynxœdem 1886. *Monatschrift für Ohrenh.*, n° 10, u. *Zeitschrift für klin. Med.* Bd. 9.

([2]) Rethi. — Contribution aux névroses vaso-motrices des voies aériennes supérieures (*Revue internationale de rhinol. otol. et laryng.*, 25 sept. 1894).

IV

L'ANÉMIE CHRONIQUE DU LABYRINTHE ET L'ÉPREUVE DU NITRITE D'AMYLE (1)

Par le Dr **Marcel LERMOYEZ**, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La pathologie du labyrinthe est, à l'heure actuelle, pleine d'obscurités. La superposition des symptômes auriculaires aux lésions qu'ils expriment, si nette en ce qui a trait à l'oreille moyenne, est ici encore presque toute à faire : et, cependant, elle est indispensable aux progrès de la thérapeutique. Pour parfaire cette séméiologie, il faut compter beaucoup moins sur les recherches physiologiques, insuffisamment dégagées de contradictions et d'hypothèses, que sur la méthode anatomo-clinique, qui, analysant les cas simples et cataloguant les trouvailles autopsiales, a fait, entre les mains de Charcot, ses preuves pour le cerveau et la moelle ; c'est à elle, d'ailleurs, que nous devons les principaux éléments du diagnostic des affections labyrinthiques que nous ont donné les Ménière, les Moos, les Bezold.

Seule, l'observation clinique est donc peu capable de combler les lacunes qui subsistent encore dans cette étude. Cependant, certains faits peuvent se présenter avec une netteté telle, qu'ils fournissent quelques renseignements utiles et nouveaux au clinicien, lequel souvent ne sait comment orienter sa thérapeutique. C'est à ce titre que je rapporte l'observation suivante.

(1) Travail lu à la *Société française d'otologie, de laryngologie, et de rhinologie*. Séance du 5 mai 1896.

M. P... âgé de 43 ans, vient me consulter le 8 janvier 1895 pour une surdité progressive accompagnée de vertiges et de bourdonnements. C'est un homme vigoureux, un arthritique jadis gros mangeur et grand buveur, et obèse, bien qu'il mène une vie des plus actives. Il est en outre alcoolique, syphilitique et diabétique ; malgré cela, n'étaient ses oreilles, il vivrait sans trop d'incommodités : car depuis plusieurs années il a renoncé à ses habitudes d'intempérance, car sa syphilis sommeille, et son diabète, un diabète goutteux, n'a guère d'autre signe d'extériorisation qu'une glycosurie modérée n'ayant jamais dépassé vingt-cinq grammes par litre d'urine, dont la quantité quotidienne est d'ailleurs peu accrue.

Cet homme eut, quatre ans auparavant, des accidents hépatiques sérieux : une congestion chronique du foie avec ictère, au cours d'une gastropathie alcoolique ancienne. Son médecin le sevra dès ce moment de vin et d'alcool, et le soumit à une sévère hygiène alimentaire, où le lait et l'eau de Vichy formaient la seule boisson. Depuis lors, notre malade ne s'est plus départi de cette sobriété ; grâce à elle, foie et estomac allèrent s'améliorant : mais, au bout de quelques mois, les oreilles commencèrent à pâtir.

Ce furent, au début, quelques bourdonnements, qui d'abord atteignirent l'oreille droite, puis, quelque temps après, parurent également à gauche et y prédominèrent ; presque aussitôt, l'acuité auditive diminua. Enfin se montrèrent des vertiges. Rapidement, ceux-ci acquirent une intensité extrême ; et il y eut chaque jour deux à trois grands accès de vertige de Ménière avec chute. Au bout d'un mois, ces phénomènes s'atténuèrent spontanément : mais jamais ils ne cessèrent.

Et depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trois ans et demi, bien qu'il n'ait pas bu une seule goutte d'alcool ni de vin, bien qu'aucune lésion n'ait indiqué un réchauffement de sa syphilis, M. P... n'a jamais cessé d'entendre peu de l'oreille droite et mal de l'oreille gauche, ni d'être tourmenté de bourdonnements et de vertiges.

Actuellement, ces bourdonnements ont un timbre grave ; c'est un bruit continu de coquillage, avec, de temps à autre, des renforcements synchrônes au pouls.

Les vertiges sont frustes et jamais n'amènent la chute : ils durent quelques secondes, pendant lesquelles, sans éprouver de nausées, le malade voit les objets tourner autour de lui.

L'acuité auditive est abaissée des deux côtés, surtout de l'oreille gauche.

O. G. avant cathét.	O. G. après cathét.		O. D. avant cathét.	O. D. après cathét.
0	0	MONTRE AIR	0m04	0m04
0m16	0m16	VOIX BASSE	6m	6m
0	0	MONTRE OS	0	0
—		WEBER	+	
+ 2"		RINNE	+ 35"	

L'examen au spéculum montre les lésions banales de l'otite sèche. A *droite*, enfoncement notable du tympan, qui s'applique sur la paroi interne de la caisse d'où l'on n'arrive pas à le décoller; la membrane transparente laisse voir la muqueuse du promontoire légèrement injectée ; le manche du marteau est rouge, à peine mobile au Siegle. A *gauche*. le tympan est très épaissi, très enfoncé ; le manche du marteau, presque horizontal, est presqu'immobile au Siegle. Pas d'injection vasculaire.

Les deux trompes sont libres. De chaque côté, le cathétérisme donne un souffle large, sans claquement tympanique : cette aération ne modifie en rien l'audition ni les bourdonnements.

Les fosses nasales sont rétrécies par une tuméfaction molle des cornets, fort réductible à la cocaïne ; muqueuse rose vif, sans sécrétion. Le naso-pharynx et l'oro-pharynx montrent une muqueuse épaisse mais lisse, rouge sombre, plutôt un peu sèche. Cette sécheresse existe aussi dans la bouche du fait du diabète.

L'estomac est dilaté ; le foie gros, non douloureux.

Pas de bruits anormaux au cœur ni à l'aorte. Les artères sont souples : le pouls petit et régulier.

Urines de quantité moyenne ; par litre : 20 grammes de glucose ; pas d'albumine.

La cause de ces troubles auriculaires semble assez simple à établir : lésions chroniques de la caisse d'origine naso-pharyngienne, probablement très anciennes, et, pendant longtemps, bien tolérées ; puis, il y a trois ans et demi, participation de l'oreille interne au processus morbide, s'annonçant par du labyrinthisme, d'abord manifesté par des crises aiguës, ensuite passé à la chronicité. Actuellement, l'épreuve de l'ouïe, par l'absence totale de perception osseuse de la montre, par la latéralisation du diapason vertex sur l'oreille la meilleure, par le résultat posi-

tif de l'épreuve de Rinne, accuse nettement l'insuffisance labyrinthique.

Mais la pathogénie de ces troubles auriculaires est des plus difficiles à discerner au milieu de ce cumul d'infection, d'intoxication et de diathèse que pratique notre malade. Cependant celui-ci est très affirmatif sur un point : c'est que mieux il digère, moins il est géné de ses oreilles ; récemment, il a été soumis pendant quelques jours au régime lacté et à l'antisepsie gastro-intestinale, et, pendant cette période, ses bourdonnements ont diminué. Il est donc fort probable qu'il s'agit ici d'une hypérémie de l'oreille interne d'origine dyspeptique ; la rougeur du fond des caisses, le caractère des bourdonnements plaide dans ce sens.

Tel est le but principal que doit viser notre thérapeutique ; comme actuellement, à cause de ses affaires, M. P... ne peut suivre le traitement local que réclame l'état de son nez et de ses caisses, je me contente d'insister sur l'importance du traitement de l'estomac et du régime alimentaire, déjà prescrit, dont j'accentue encore la sévérité.

Cinq mois plus tard, le 15 juin 1895, M. P... vient me revoir, ayant très exactement suivi le régime indiqué : ses bourdonnements et sa surdité se sont considérablement accrus. Depuis une semaine, les accidents de grand labyrinthisme l'ont repris : chaque jour, de dix heures à midi — à remarquer que le malade se lève à quatre heures du matin et fait son premier repas vers midi — il est pris d'un vertige intense avec sueurs froides, chute, vomissements, mais sans perte de connaissance. En même temps, la surdité a fait des progrès considérables.

L'oreille gauche ne perçoit rien. La perception crânienne du diapason n'existe nulle part ; mêmes nuages tympaniques, même perméabilité des trompes qu'il y a cinq mois.

O. G.			O. D.	
avant cathét.	après cathét.		avant cathét.	après cathét.
0	0	MONTRE AIR	contact	contact
0	0	VOIX BASSE	1m00	1m00
0	0	MONTRE OS	0	0
0		WEBER		

Je prescris immédiatement un traitement intensif à la pilocarpine, en injections sous-cutanées quotidiennes d'un centigramme.

Le 25 juillet les accidents se sont encore aggravés. Les vertiges sont peut-être un peu moins intenses, mais les bourdonnements sont beaucoup plus forts, et la surdité est presque absolue.

O. G. avant cathét.	O. G. après cathét.		O. D. avant cathét.	O. D. après cathét.
0	0	MONTRE AIR	0	0
0	0	VOIX HAUTE	0m16	0m16
0	0	VOIX BASSE	0	0
0	0	MONTRE OS	0	0
0	0	WEBER	0	0

Pas de lésions nouvelles des caisses ni des trompes, sauf un peu d'exsudat séreux dans l'oreille moyenne droite.

J'attribue cette aggravation à ce que le traitement pilocarpinique a été irrégulièrement et surtout très insuffisamment appliqué par le médecin ordinaire du malade, qni craignait de manier un médicament à tort réputé aussi dangereux. J'insiste pour qu'il soit repris à nouveau pendant au moins vingt jours et à de fortes doses.

Ce fut fait ; et le 19 septembre, M. P... vint me revoir très amélioré. Dans les premiers jours du traitement, les vertiges avaient diminué, la perception auditive avait reparu ; seuls, les bourdonnements n'étaient pas modifiés.

O. G. avant cathét.	O. G. après cathét.		O. D. avant cathét.	O. D. après cathét.
1m60	1m60	VOIX HAUTE	1m80	1m80
0m16		VOIX BASSE	0m21	
0		MONTRE OS	0	
—		WEBER	+	
+		RINNE	+	

Au spéculum, toujours le même aspect des tympans, mais l'exsudat de la caisse droite s'est résorbé.

Je conseille au malade de cesser la pilocarpine, sauf à recommencer immédiatement les injections si les accidents labyrinthiques reparaissaient. Je prescris la reprise du régime antérieur ; en outre, pour régulariser la circulation de l'oreille interne je lui donne des pilules contenant de la poudre de digitale, de belladone, d'ergotine et de noix vomique.

Ce traitement, suivi pendant près de trois mois, n'amène aucun résultat. Le 2 décembre, les vertiges ont disparu depuis longtemps ; les bourdonnements persistent ; l'audition est stationnaire à droite et diminue un peu à gauche. L'épuisement du nerf auditif est rapide.

O. G.			O. D.	
avant cathét.	après cathét.		avant cathét.	après cathét.
1m10	1m10	VOIX HAUTE	1m80	1m80
0m12		VOIX BASSE	0m20	
+ 22"		RINNE	+ 37"	

L'épreuve des pressions centripètes est impossible à faire, à cause de la courte durée de la perception du diapason vertex, qui, pour le la_3, excède à peine 3 secondes.

Renonçant à pouvoir modifier ces troubles auriculaires par un traitement médical, cependant rationnel, dirigé contre les symptômes labyrinthiques, je décide le malade à subir un traitement local du nez et des oreilles ; et, très prudemment, à cause de son diabète, je commence à appliquer quelques pointes de feu sur ses cornets.

Jusqu'ici, en somme, le cas de ce malade ne présentait rien de spécial ; l'effet du traitement pilocarpinique, quoique remarquable, rentrait en effet dans le domaine classique. Mais il n'allait pas tarder à devenir plus intéressant.

Un jour, le 18 décembre, M. P... arrive chez moi, non pas à six heures du soir comme il en avait l'habitude, mais vers deux heures de l'après-midi ; et, tout de suite, je suis surpris de ce qu'il m'entend bien alors que, l'avant-veille encore, j'étais obligé de lui parler de très près. Déjà je m'apprêtais à attribuer cette amélioration incontestable à l'effet du traitement nasal institué depuis un mois, lorsque le malade me fit remarquer que s'il m'entendait mieux aujourd'hui, c'est qu'il était venu me voir tout de suite après son déjeuner ; que s'il revenait le même jour à six heures, je verrais qu'il n'entendrait pas mieux que les autres fois ; que, d'ailleurs, depuis longtemps, et surtout depuis sa dernière crise de labyrinthisme, il entend invariablement beaucoup mieux après avoir mangé ; et cela est si net, qu'il a maintenant pris l'habitude de donner ses rendez-vous d'affaires en sortant de table. Voici, d'après son récit, comment se produit cette amélioration momentanée. Une demi heure après le début du repas de

midi, qu'il fait très copieux, il éprouve une pesanteur, une sensation de barre au niveau du front : il lui semble que « quelque chose tourbillonne dans sa tête. » Presque en même temps, les bourdonnements s'atténuent et l'audition s'améliore. Mais quatre ou cinq heures après le repas, de nouveau l'acuité auditive baisse, puis les bourdonnements reparaissent, jusqu'à ce que le repas du soir ait amené une nouvelle phase d'amélioration.

Or, il ne s'agit pas ici d'un simple éclaircissement subjectif du champ auditif dû à la diminution des bourdonnements, mais bien réellement d'un accroissement objectif de l'acuité auditive, l'épreuve de l'ouïe donnant des chiffres très supérieurs à ceux du précédent examen (18 décembre).

O. G.		O. D.
0m,30	VOIX BASSE	0m,35

Quelques jours plus tard un nouveau phénomène se produit qui me donna l'explication de cette surdité intermittente. Le 16 janvier 1896, le malade qui, depuis un mois, était plusieurs fois venu me voir, entendant bien à deux heures, entendant mal à six heures, vint en sortant de table. Or, ce jour-là, son acuité auditive n'avait pas subi son amélioration accoutumée. Elle était de :

O. G.		O. D.
0m,18	VOIX BASSE	0m,20

chiffres ordinaires de l'audition du soir. Comme je m'en étonnais, M. P... me dit que, trois jours auparavant, il avait pris de l'eau de-vie allemande, ayant l'habitude de se purger chaque mois pour décongestionner sa circulation hépatique ; or, chaque fois qu'il prend un drastique, pendant les quatre jours qui suivent, sa surdité et ses bourdonnements s'accroissent notablement, tout en subissant cependant leur atténuation relative après les repas.

Ces faits me donnent à penser que les accidents auriculaires, que jusqu'alors tout m'avait porté à attribuer à une hypérémie de l'oreille interne, et que les traitements dirigés dans ce sens n'avaient fait qu'accroître, devaient au contraire relever d'un état opposé, d'*une anémie chronique du labyrinthe* ; dans cette hypothèse, il devenait facile de comprendre comment la congestion céphalique, qui accompagne le travail digestif des

dyspeptiques, pouvait, en activant la circulation de l'oreille, diminuer les bourdonnements et la surdité ; et comment la purgation, avec la précision d'une expérience de laboratoire, dérivant la circulation sanguine vers l'abdomen, augmentait pour quelques jours tous les troubles auditifs.

Cependant, quoique très spécieuse, cette hypothèse réclamait une démonstration directe ; pour la donner, il fallait, par un moyen quelconque, déterminer une congestion intense de l'appareil auditif et constater l'accroissement immédiat de l'audition, telle que, par exemple, le produit, séance tenante, le cathétérisme dans une oreille incomplètement aérée. C'est alors que je pensai à employer un agent capable de procurer une vaso-dilatation immédiate et intense ; le *nitrite d'amyle* répondait à ce but.

Après avoir soigneusement noté l'audition, je fis respirer au malade cinq à six gouttes de cet éther ; immédiatement sa figure devint écarlate, il ressentit dans sa tête le tourbillonnement habituel au début de sa période digestive ; ses bourdonnements s'atténuèrent notablement ; la sensation de lourdeur de tête qui, ordinairement, le tourmentait, disparut tout à fait ; et l'acuité auditive augmenta séance tenante d'une façon remarquable :

O. G.			O. D.	
avant nitrite d'amyle	après nitrite d'amyle		avant nitrite d'amyle	après nitrite d'amyle
0m18	0m33	VOIX BASSE	0m20	0m37

Une minute plus tard, la face pâlissait, les bourdonnements reprenaient, l'audition baissait de nouveau. L'action vaso-dilatatrice du nitrite d'amyle était épuisée.

Ainsi était démontré le rôle de l'ischémie chronique dans la genèse des troubles auditifs de ce malade. Or, cette amélioration momentanée qu'amenait l'action vaso-dilatatrice du nitrite d'amyle, on pouvait songer à l'obtenir durable par un agent dont l'effet vaso dilatateur serait persistant, tel que la *trinitrine*.

Je prescrivis donc à ce malade de cesser le traitement antérieurement indiqué, de suivre un régime moins sévère et de prendre chaque jour quatre gouttes d'une solution alcoolique à 1/100e de trinitrine.

L'effet de cette médication fut remarquable.

Un mois après je revoyais M. P..., le 3 mars. Et bien qu'il eut encore 13 grammes de sucre par litre d'urine, que l'aspect des

membranes tympaniques n'eût pas changé, cependant tout vertige avait disparu : les bourdonnements étaient considérablement éteints, et l'audition, quoiqu'examinée six heures après le repas, donnait les résultats suivants :

O. G.		O. D.
0m,60	VOIX BASSE	2m,00

Il était intéressant de faire la contre-épreuve de ce traitement. Pendant un mois, la trinitrine fut supprimée, et le régime sévère, jadis prescrit, fut repris. Il en résulta qu'un mois plus tard, le 6 avril, les bourdonnements avaient recommencé plus intenses que jamais ; les vertiges, qui depuis longtemps avaient cessé, reparaissaient une ou deux fois par jour, par période d'une durée de quelques minutes : enfin, de nouveau, la surdité était très accentuée :

O. G.		O. D.
0m,35	VOIX BASSE	0m,10

Et pourtant, à ce moment, le sucre avait totalement disparu de l'urine.

Séance tenante je fis de nouveau respirer du nitrite d'amyle, mais en quantité beaucoup moindre que la première fois. L'effet en fut encore plus passager. Mais, pendant les quelques instants que dura la rougeur de la face, la tête se dégagea, les bourdonnements cessèrent, et l'audition à la voix basse, pour l'oreille droite, que j'eus seule le temps d'interroger, monta instantanément de 0,10 à 0,35 centimètres.

En résumé, voici un homme, qui, atteint à la fois d'alcoolisme, de syphilis et de diabète, est, à la suite d'accidents hépatiques, soumis à un régime alimentaire des plus sévères et brusquement sevré d'alcool. Au bout de quelques mois de ce traitement éclatent des troubles labyrinthiques graves ; et, après une entrée en matière par un violent accès de Ménière, vertiges, bourdonnements, surdité s'installent et vont croissant. Pendant longtemps, tous ces troubles sont attribués à de l'hypérémie du labyrinthe et traités comme tels. Sur ces entrefaites survient une nouvelle crise de labyrinthisme aiguë, dont le traitement par la pilocarpine triomphe aisément, fait

d'ailleurs incident en l'espèce. Cette crise passée, le traitement anti-congestif est repris et n'a d'autre résultat que l'accroissement de la surdité et des bourdonnements. Un jour, certains signes tels que l'amélioration des troubles auriculaires pendant la période digestive, leur aggravation après une purgation, me font penser que tous ces accidents doivent être mis sur le compte non pas d'une hypérémie, mais d'une anémie chronique du labyrinthe. Pour éclairer ce diagnostic je soumets le malade à une inhalation de nitrite d'amyle. Instantanément, l'amélioration est telle que l'existence d'une anémie labyrinthique s'affirme; et un traitement dirigé dans ce sens, ayant pour base la trinitrine, amène une amélioration notable et persistante dans l'état de l'audition. La contre-épreuve, faite par la suppression momentanée du traitement, donne des résultats concordants.

Qu'il y ait eu chez ce malade une ischémie chronique du labyrinthe, cela ne peut faire, ce me semble, aucun doute; et que ce soit le traitement dirigé contre l'anémie qui ait amélioré l'audition, est chose également évidente : il y avait bien, dans ce cas, des lésions graves de l'oreille moyenne ; mais, comme aucun traitement local n'avait été dirigé contre elles, et qu'à toutes les périodes de la maladie elles demeuraient fixes, leur existence ne saurait entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats de la thérapeutique.

Quant à déterminer la cause de cette ischémie, c'est chose plus difficile. De la syphilis ancienne il ne saurait être question ; elle n'existait qu'à l'état d'infection latente, qu'il ne faut signaler que pour mémoire. Le diabète ne semble non plus avoir joué aucun rôle ; car il n'y avait aucun parallèle à établir entre les modifications de l'audition et les oscillations de la glycosurie. D'ailleurs Haug (1) nous apprend que le diabète respecte l'oreille interne en l'absence de toute lésion organique du cœur, des artères, des reins. Je suis porté à attribuer cette anémie à la suppression de l'alcool imposée à ce vieil alcoolique, et à l'insuffisance circulatoire qui en est

(1) K. Haug. Die Kranheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen, p. 464.

résultée. Du reste, les livres classiques d'otologie n'indiquent-ils pas l'usage quotidien des boissons alcooliques comme le meilleur moyen de combattre l'anémie de l'appareil auditif ?

Et quant à l'amélioration, elle est bien due à la seule trinitrine, puisqu'il n'a été fait aucun autre traitement général et local simultanément.

*
* *

Deux conclusions se dégagent de cette observation au point de vue du diagnostic et du traitement des affections de l'oreille interne.

Nous possédons des signes précis qui nous permettent d'affirmer l'existence de troubles labyrinthiques, isolés ou associés à des lésions de l'oreille moyenne : mais, où la séméiologie devient hésitante, c'est lorsqu'il s'agit de préciser quelles sont ces lésions.

D'une façon générale, en présence d'une lésion supposée d'un organe, il est trois points à déterminer : le siège exact des altérations, leur cause, leur nature.

Déterminer le *siège* exact des altérations qui atteignent l'oreille interne, est une appréciation qui ne peut être faite que très approximativement ; car, nous n'avons pour guide que l'insuffisance ou l'exagération de certaines fonctions de l'oreille, et les données de la physiologie sont, je le répète, encore trop discordantes pour nous fournir une base d'appréciation invariable. Au reste, peu importe le siège de ces lésions puisque la chirurgie de l'oreille interne n'existe pas encore.

Déterminer la *cause* des lésions de l'oreille interne est chose beaucoup plus importante, car ce n'est guère que par le traitement médical, qui s'adresse à l'étiologie, qu'on peut s'attaquer aux troubles qu'elle engendre ; mais c'est alors beaucoup moins l'exploration de l'oreille que l'examen général de l'individu qui en fournit les indications.

Déterminer la *nature* des lésions labyrinthiques n'est pas non plus chose inutile ; car lorsque, comme dans l'observation qui fait le sujet de ce travail, la cause première des troubles

otiques est impossible à discerner exactement, on peut faire encore une œuvre thérapeutique judicieuse en s'orientant d'après la physiologie pathologique des troubles auriculaires, considérés indépendamment de leur pathogénie ; c'est ainsi qu'on rend service à l'oreille en combattant l'élément hypérémie ou anémie, alors même qu'on ignore la cause qui le met en jeu.

Or, plus d'une fois, on peut être tenté d'attribuer à de l'hypérémie, et à les traiter comme tels, des troubles d'une nature toute différente, d'origine ischémique. Rien, en effet, n'est difficile comme de distinguer la congestion de l'anémie d'un organe ; et il semble que, pour l'oreille interne, tout comme pour le cerveau, ce doive être chose fort obscure. Ces deux états opposés amènent, en effet, dans le labyrinthe un même syndrome de vertiges, de bourdonnements, de surdité.

Les auteurs classiques donnent bien, il est vrai, quelques signes qui permettraient de faire ce diagnostic différentiel.

1° Ils indiquent l'influence de la position de la tête et du corps. Le malade atteint d'anémie de l'oreille, à l'inverse de celui qui présente de la congestion de cet organe, voit ses bourdonnements et sa surdité s'atténuer dans la position couchée. On cite le malade d'Abercrombie[1], qui entendait bien quand il était étendu et devenait sourd quand il s'asseyait ou se mettait debout. Itard aurait observé des cas analogues. Cependant, on ne saurait attribuer à ce signe une valeur diagnostic absolue ; car, en l'absence même de toute lésion ou trouble labyrinthiques, on peut observer des modifications notables de l'acuité auditive produites par les changements de position de la tête : soit par suite du déplacement d'un bouchon cérumineux ou d'un corps étranger dans le conduit, soit par mobilisation d'un exsudat dans la caisse.

2° On pourrait aussi se guider sur les modifications de l'image tympanique. Ainsi la rougeur du manche du marteau et du mur de la logette, associée ou non à la congestion du pavillon de l'oreille, devrait faire penser à un état analo-

(1) ABERCROMBIE. Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks. Uebersetzung, Bonn, 1821, p. 143.

gue du labyrinthe : et inversement. Mais c'est là un signe infidèle. Malgré l'existence des anastomoses qui unissent la circulation labyrinthique à celle de l'oreille moyenne, Politzer, qui cependant a découvert ce trait d'union, admet que l'hypérémie ou l'anémie labyrinthiques peuvent exister sans que l'oreille moyenne présente de modifications analogues.

3° Schwartze considère comme un signe de congestion du labyrinthe l'aggravation des symptômes auriculaires produit par la douche d'air. Mais ce n'est pas là un signe qui puisse faire éliminer à coup sûr l'anémie ; car presque toujours l'aération de la caisse influence en mal, tout au moins momentanément, les troubles labyrinthiques quels qu'ils soient.

4° Enfin on a encore proposé, comme signe différentiel, l'administration de boissons alcooliques, qui améliorent les troubles auditifs d'origine anémique, et aggravent ceux qui relèvent d'une hypérémie. Mais c'est un moyen dont l'effet est lent à s'observer et dont l'application n'est guère facile dans le cabinet d'un spécialiste.

Or, il semble, ainsi que le prouve l'observation que je rapporte, que ce diagnostic différentiel entre l'anémie et l'hypérémie du labyrinthe puisse être fait d'une façon aussi précise qu'instantanée par l'*épreuve du nitrite d'amyle.*

Ce corps a été introduit dans la thérapeutique auriculaire par Michaël (1), qui, dès 1877, l'employait empiriquement, à la façon d'un éther, pour calmer les bourdonnements.

De tous ces médicaments connus, c'est, de l'avis des auristes, celui qui congestionne le plus l'oreille interne : et Bürkner (2) a observé que l'excès de nitrite d'amyle, même inhalé passagèrement, amène parfois une hypérémie durable de l'oreille. Huchard (3), qui a beaucoup étudié ce médicament à propos du traitement de l'angine de poitrine, laquelle n'est en somme qu'une ischémie intermittente du myocarde, constate

(1) J. Michael. — Ueber die Anwendung des Amylnitrils bei Ohrenkranheiten. *Arch. f. Augen und Ohrenkrankeiten.* Bd. V, Abt : II.

(2) Krud Buchner. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studirende und Aerzte, p. 302.

(3) Huchard. — Des angines de poitrine. *Revue de médecine,* 1883, p. 677.

qu'il amène une dilatation vasculaire, une hypérémie considérable dans les vaisseaux de la tête, du cou, de la poitrine, avec cette particularité que la congestion va en diminuant de la tête aux extrémités où elle est nulle. Elle ne se borne pas seulement aux vaisseaux cutanés, mais elle atteint aussi ceux des organes profonds ; ainsi Schüller (1), Schramm (2) ont directement obserbé, chez les lapins, une dilatation considérable des vaisseaux de la pie-mère déterminée par le nitrite d'amyle. Pareille hypérémie doit évidemment se produire dans l'oreille interne, sous l'influence de ces inhalations.

J'ajoute que, malgré la violence apparente de ses effets immédiats, le nitrite d'amyle n'est pas un agent dangereux. Nous pouvons l'employer sans crainte pour faire un diagnostic, surtout aux doses minimes qui nous sont nécessaires.

Récemment Hayem (3) a montré qu'on pouvait impunément l'employer à des doses infiniment supérieures à celles qu'on a l'habitude de prescrire ; il a pu, sans aucun inconvénient, en faire respirer à des pneumoniques jusqu'à cent gouttes à la fois ; or, l'épreuve du nitrite d'amyle n'en exige que cinq ou six. A cette dose faible, il peut, chez certains malades congestifs, provoquer des bourdonnements intenses, une céphalée subite et même quelques vertiges ; mais il n'en résulte pas d'inconvénients graves.

Weber-Liel (4), qui l'a administré à un grand nombre de patients pris au hasard, n'en a jamais observé le moindre accident. Deux fois seulement, Michaël l'a vu produire une exagération des bourdonnements d'oreilles, qui dura, dans un cas, quelques heures, dans un autre, deux jours.

Urbantschitsch conseille pourtant de s'en abstenir chez les malades ayant présenté autrefois des paralysies partielles, et surtout chez les hémiplégiques guéris ; car il pourrait déterminer un rappel momentané des phénomènes paralytiques, en localisant les effets hypérémiques sur la légion cérébrale en état de

(1) SCHULLER. — *Centralbaltt*, 1884, p. 51.
(2) SCHRAMM. — *Archiv. Psych. und Nervenkr*, 1874.
(3) HAYEM. — *Bull. et mém. Soc. méd. hop*, 1896.
(4) WEBER-LIEL. — Zur Anwendung des Amylnitrits bei Ohrenkrankheiten. *Monats f. Ohrenh.*, 1877, n° 2, p. 39.

méiopiagie, par un mécanisme analogue à celui qui, chez les urémiques, fait reparaître les anciennes monoplégies.

Donnée comme il suit, l'inhalation du nitrite d'amyle est donc une véritable épreuve de l'ouïe, qui va nous permettre à coup sûr de déceler l'existence d'une anémie labyrinthique, sans avoir à nous préoccuper de ses causes ou de ses symptômes.

Après avoir exactement mesuré l'acuité auditive, on fait respirer au malade cinq ou six gouttes de nitrite d'amyle qu'on verse sur une compresse placée immédiatement au-dessous de ses narines. Le nitrite d'amyle doit-être bien frais ; car, à l'air libre, il s'altère rapidement ; et alors les renseignements qu'il donnerait, ainsi altéré, sur la circulation labyrinthique seraient inexacts. Aussi est-il préférable de se servir de petites ampoules de verre teinté, renfermant quelques gouttes de ce corps et qu'on brise au moment même, Instantanément, le visage rougit, devient vultueux : les temporales battent avec force, le pouls est rapide et irrégulier. Cet effet dure une minute environ, pendant laquelle il faut se hâter d'examiner l'oreille. Or, si l'on se trouve en présence d'un état d'hypérémie du labyrinthe, les bourdonnements deviennent plus forts et prennent le caractère pulsatile ; l'acuité auditive baisse momentanément, surtout pour la montre ; le malade éprouve un vertige passager et se plaint d'une violente contriction au niveau des tempes. Mais, une minute après, tout est rentré dans l'ordre. Michaël prétend, ce que je n'ai pas constaté, qu'immédiatement après les bourdonnements subissent une atténuation plus ou moins durable.

Y a-t-il, au contraire, de l'ischémie labyrinthique ? Du côté de la face, les réactions congestives seront les mêmes ; mais l'impression produite sur l'oreille sera toute différente. A mesure que le visage rougit, le malade sent sa tête se dégager, elle devient libre, plus légère ; les bourdonnements s'atténuent ou disparaissent momentanément ; et l'acuité auditive, mesurée de nouveau, a augmenté.

Certes, cet accroissement du pouvoir auditif est passager, pas assez cependant, pour qu'on n'ait pas le temps de le mesurer. Mais il est très net et surtout immédiat, aussi précis que

l'amélioration que produit le cathétérisme dans une oreille insuffisamment aérée.

Ainsi, dans l'observation que je rapporte, l'audition pour la voix basse passa immédiatement de $0^m,20$ à $0^m,37$ centimètres pour l'oreille droite ; de $0^m,18$ à 0^m33 centimètres pour l'oreille gauche ; et, dans une épreuve ultérieure, de $0^m,10$ à $0^m,35$ centimètres pour l'oreille droite.

Chez un malade de Weber-Liel (1) dont la surdité avait opiniâtrement résisté à divers traitement locaux, l'inhalation du nitrite d'amyle fit immédiatement passer l'audition de l'oreille droite pour la montre de $1/_2$ pied à 1 pied $1/_2$.

M. Burnett (2) cite un patient chez lequel deux gouttes de nitrite d'amyle firent cesser de vieux bourdonnements et porta, séance tenante, l'audition pour la montre de $0^m,60$ centimètres à 1 mètre.

Ainsi donc, le nitrite d'amyle, employé non pas comme remède empirique pour calmer des bourdonnements qui ont résisté à d'autres médications, mais comme procédé de diagnostic, à la façon d'une épreuve de l'ouïe, est un moyen sûr et inoffensif de reconnaître l'anémie labyrinthique. D'ailleurs, il y a plus de dix ans, Schwartze, reconnaissant l'insuffisance des signes classiques pour différencer l'anémie de l'hypérémie de l'oreille interne, disait que celle-là pourrait être affirmée à coup sûr si l'on trouvait un moyen de produire une congestion subite de l'appareil auditif et de déterminer ainsi une sédation momentanée de tous les symptômes auriculaires.

*
* *

Le traitement de l'anémie labyrinthique doit également bénéficier de ce remède. Les classiques s'accordent à dire que le pronostic de l'anémie chronique du labyrinthe est mauvais. Schwartze pense qu'en raison de l'incurabilité habituelle des troubles auditifs liés à l'anémie chronique, celle-ci doit, à la

(1) WEBER-LIEL. — *Loc. cit.*

(2) SWAN M. BURNETT. — Nitrite of amyl in tinitus aurium. *N.-Y. med. record*, August, 1877, nº 4.

longue, amener des lésions durables dans le domaine du nerf auditif, altérations que, cependant, Steinbrügge n'a pas rençontrées.

Or, pour combattre cet état morbide, on en est réduit à instituer une thérapeutique pathogénique, s'adressant à la cause de cette insuffisance circulatoire, qu'il est souvent malaisé de découvrir. Banalement, les auteurs conseillent une bonne nourriture, le séjour dans les montagnes, les préparations de fer, de quinquina, l'usage modéré de boissons alcooliques. Mais que peuvent ces moyens quand l'ischémie labyrinthique relève d'un spasme ou d'une thrombose de l'artère auditive interne ?

Dans ce cas, le traitement local a été tenté ; on a conseillé de combattre le spasme artériel par la galvanisation du grand sympathique au cou, ce qui a donné de médiocres résultats ; Schwartze applique des compresses de Priessnitz sur la nuque, pour activer la circulation dans le tronc basilaire, d'où natt l'auditive interne.

Or, chose curieuse, à part Garnault ([1]) qui conseille les inhalations de nitrite d'amyle dans les cas d'anémie aiguë du labyrinthe par perte de sang, aucun des auteurs que j'ai cités n'a proposé d'employer ce remède pour combattre la surdité résultant d'une insuffisance d'irrigation de l'oreille interne. Ainsi Michaël le donnait au hasard et dans le seul but de calmer des bourdonnements opiniâtres ; et ainsi l'on fait également, sans indications précises, ceux qui ont répété ses expériences. Il a bien observé, chez quelques femmes anémiques, une certaine atténuation des bourdonnements des les premières inhalations de ce corps ; mais il semble croire que, dans ces cas, cet agent est contr'indiqué, comme laissant à sa suite une vaso-constriction réactionnelle qui accroît encore les symptômes auriculaires. Et, conséquent avec cette observation, il ne conseille l'emploi suivi du nitrite d'amyle .que quand les inhalations augmentent momentanément les bourdonnements, c'est-à-dire dans les cas d'hypérémie de l'oreille!

Il résulte de cet empirisme que les auteurs qui ont essayé ce

([1]) P. Garnault. — Précis des maladies de l'oreille, p. 442.

remède sont très partagés dans leur appréciation des effets de ce corps sur les troubles auditifs.

Sur 27 malades de Michaël, 19 furent améliorés de leurs bourdonnements, chez qui 3 fois un accroissement de l'acuité auditive fut constaté.

Urbantschitsch a observé également des résultats favorables, tandis que Suñe y Molist (1) a administré le nitrite d'amyle sans aucun succès ; il ne réussit, chez quelques malades, qu'à augmenter considérablement les bourdonnements et à les transformer en sifflements.

Dans 2 cas seulement, sur 30 malades, M. Burnett en a retiré un bénéfice remarquable.

L'inégalité des effets de ce médicament, dans les cas rapportés par ces divers auteurs, me semble due à ce qu'ils l'ont appliqué sans distinction aux oreilles hypérémiques ou anémiques ; rien d'étonnant à ce que tantôt ils aient noté des résultats avantageux et que tantôt ils n'aient fait qu'empirer le mal. Et le petit nombre de cas rapporté par eux, où ce traitement fut favorable, concorde avec cette donnée que les faits d'anémie chronique de l'oreille interne sont beaucoup plus rares que ceux où se montre une hypérémie habituelle du labyrinthe.

Or, il semble que quand l'anémie du labyrinthe a été reconnue par l'épreuve du nitrite d'amyle, mais exclusivement dans ce cas, l'emploi du nitrite d'amyle à doses thérapeutiques doit nécessairement avoir de bons effets. C'est là une médication très simple, logiquement déduite de la physiologie pathologique des troubles auriculaires, qui, certes, ne nous dispense pas de traiter en même temps la cause première de ces troubles circulatoires, mais qui offre une précieuse ressource au cas où cette thérapeutique pathogénique est inapplicable, faute pour nous de savoir vers quel organe la diriger.

Cependant le nitrite d'amyle a quelques inconvénients : son action est brutale, pénible ; puis l'accoutumance s'établit si vite, que bientôt, là où deux gouttes suffisaient à produire une sédation, vingt gouttes et plus vont devenir nécessaires pour

(1) Suñe y Molist. — *Revista de ciencias medicas*, 1880 (analysé in *Monats. f. Ohrenh.* 1888, n° 11, p. 178.)

obtenir un même résultat. D'autre part, son effet est fugace ; c'est le médicament parfait d'un accès, d'une crise : mais il semble moins bien convenir pour combattre un état durable tel que l'hypérémie chronique du labyrinthe. Les cas, en effet, sont très rares où une inhalation a amené une amélioration persistante : je ne connais que le fait de M. Burnett, où l'audition à la montre qui, sous l'influence d'une seule inhalation, était montée de 0m,60 centimètres à 1 mètre, n'était retombée deux mois après qu'à 0m,90 centimètres ; ou encore le cas de Weber-Liel, où quelques inhalations suffirent à amener une amélioration de l'ouïe qui persista deux mois : mais les bourdonnements ne se modifièrent pas. En général, nous dit Michaël, l'inhalation ne donne qu'un bénéfice de quelques heures, de quelques jours : il faut souvent la recommencer. M. Burnett conseillait à ses malades de recourir à ces inhalations tous les deux jours.

Or, le nitrite d'amyle n'est pas le seul médicament capable de produire l'hypérémie de l'oreille. A côté de lui, dans la série des agents vaso-dilatateurs, s'en trouve d'autres dont l'action est moins rapide, dont l'effet est plus durable. C'est ainsi que dans le traitement de l'angine de poitrine, dont la physiologie pathologique a plus d'un point commun avec celle de l'anémie chronique de l'oreille interne, traversée de crises de labyrinthisme aigu, on réserve l'inhalation de nitrite d'amyle pour les phases d'accès ; et dans l'intervalle, pour activer la circulation du myocarde, ou s'adresse à d'autres agents de la médication vaso-dilatatrice, au nitrite de sodium où à la trinitrine. Cette médication à longue portée me semble préférable, par la lenteur et la persistance de ses effets, à la série de coups de congestion intenses et passagers produits par le nitrite d'amyle.

La trinitrine sera prescrite d'après la formule d'Huchard.

Eau distillée	300 grammes
Sol. alcoolique de trinitrine à 1/100e	XXX gouttes.

Prendre trois cuillerées à dessert par jour, que l'on portera progressivement à trois cuillerées à soupe : pendant vingt jours par mois.

Cette médication est facile à suivre, tout à fait inoffensive et jouit d'une réelle efficacité, puisque, dans le cas que je rapporte, elle a, en moins d'un mois, porté et maintenu à deux mètres une acuité auditive que le nitrite d'amyle avait fait passer de $0^m,20$ à $0^m,35$ centimètres.

CONCLUSIONS

I. Il existe des troubles permanents dans la circulation labyrinthique, qui, associés ou non à des lésions de l'oreille moyenne, exagèrent ou créent la triade des affections de l'oreille : surdité, vertiges, bourdonnements.

II. Ces troubles circulatoires sont réductibles en deux types principaux : l'hypérémie et l'anémie chroniques.

III. Malgré leur différence capitale, ces deux états se traduisent par des symptômes analogues.

IV. Leur diagnostic différentiel est donc difficile à établir : il est cependant indispensable qu'il soit posé d'une façon précise pour permettre d'appliquer une thérapeutique qui, dans ces deux cas, comporte des indications opposées.

V. Cette distinction peut être faite d'une façon sûre et immédiate grâce au nitrite d'amyle, qui, jusqu'ici, n'a été employé en otologie que comme un moyen empirique d'atténuer les bourdonnements.

VI. L'inhalation du nitrite d'amyle amène une sédation immédiate mais passagère de tous les symptômes auriculaires, en cas d'anémie labyrinthique, et les exagère, au contraire, dans le cas d'hypérémie. Cette *épreuve du nitrite d'amyle*, tout à fait inoffensive, a une valeur séméiologique aussi précise que le cathétérisme dans les cas d'obstruction tubaire.

VII. Lorsque l'anémie du labyrinthe aura été ainsi reconnue, il y aura lieu de la modifier par une médication vaso-dilatatrice, ayant pour base les inhalations fréquentes de nitrite d'amyle ou, mieux encore, l'administration prolongée de trinitrine par voie buccale. Cette médication devra être associée au traitement pathogénique de l'anémie labyrinthique, dans le cas où on parvient à découvrir sa cause.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 9 janvier 1896.

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr HAJEK.

1. G. SCHEFF. — **Fracture du cartilage laryngien d'après des recherches expérimentales et la présentation d'une coupe.** — Je me permets de vous présenter une préparation provenant d'une fracture du cartilage laryngé, fait assez rare dans la littérature.

Les fractures isolées du cartilage cricoïde sont des plus rares. La pièce provient d'un cocher âgé de 24 ans, qui reçut au cou un choc et que je trouvai dans l'état suivant :

Individu fort, bien bâti. Le visage, le cou, les extrémités supérieures jusqu'aux articulations des mains, et le tronc jusqu'au scrotum sont ballonnés par l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La respiration est très embarrassée ; à chaque expiration il pénètre de l'air sous la peau.

Vu l'emphysème cutané prononcé, l'examen de la gorge ne donne aucun résultat. Il n'y avait pas beaucoup de temps à perdre, et après diverses tentatives infructueuses pour introduire le cathéter, je me décidai à ouvrir les voies aériennes.

Le malade succomba à la suite de l'opération. A l'autopsie on reconnaît en dehors des signes extérieurs une fracture du cartilage cricoïde, facile à voir sur la préparation.

Ensuite, G. SCHEFF fait sa communication annoncée sur des expériences entreprises sur vingt cadavres.

Après la revue de la littérature du sujet, S. parle des symptômes dont le plus marquant est l'emphysème cutané étendu. L'auteur attire l'attention sur ce que la crépitation ne doit pas être considérée comme caractéristique, car la crépitation peut aussi être produite lors de l'inclinaison latérale du larynx normal par le frottement des cornes supérieures du cartilage thy-

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.* 2 avril 1896.

roïde et la grande corne de l'os hyoïde à la paroi antérieure de la colonne cervicale.

Après avoir reproduit exactement les expériences et les autopsies et donné les explications nécessaires, S. termine par un résumé concluant à ce que ses résultats concordent avec ceux de Cavasse, Keiller et Gurlt, en ce que les fractures du cartilage thyroïde sont plus fréquentes que celles du cartilage cricoïde, et que ces dernières sont rarement isolées, étant le plus souvent associées aux fractures du cartilage thyroïde, mais que l'auteur et les autres expérimentateurs ont vu que les cartilages aryténoïdes et particulièrement les cordes vocales pouvaient participer aux traumatismes laryngiens, ce qui a une grande importance pour les laryngologistes.

S. admet que l'âge, c'est-à-dire le degré d'ossification, influe sur les fractures du larynx.

Parfois, les cartilages ossifiés de l'âge moyen se fracturent plus aisément que les cartilages non ossifiés du jeune âge.

La plus grande résistance est offerte par les cartilages entièrement ossifiés, qu'on trouve habituellement chez les personnes âgées.

Störk remarque que dans la plupart des cas de fracture laryngée, la crépitation est peu appréciable, à cause de la tuméfaction prononcée des parties molles, de sorte qu'il ne faut pas tenir grand compte de ce symptôme.

Hajek rapporte un cas de fracture descendante du cartilage thyroïde, à droite de l'angle thyroïdien. A part la toux, le malade rejeta quelques gouttes de sang, il ne souffrait pas d'autre chose que d'un enrouement, de sorte qu'il ne vint nous trouver que quatre semaines après l'accident. La fracture était facile à constater, la corde vocale droite était épaissie à son extrémité antérieure. Il est rare d'observer une fracture des cartilages laryngés aussi indolore.

Hajek répond à Störk que dans son cas l'on percevait nettement la crépitation. Il existait aussi les signes indiqués par Störk : résorption de l'infiltration hémorrhagique consécutive à la fracture ; de plus, le cartilage thyroïde était en partie ossifié.

2. Weil présente une femme de 24 ans qui, depuis mars 1895, à la suite de l'influenza, souffre d'une **suppuration fétide de l'antre d'Highmore droit.** Le 8 décembre, après que l'éclairage par transparence eut fourni un résultat positif, on fit, par le méat inférieur, des irrigations qui donnèrent issue à des masses de pus

caséeux fétide ; ensuite on pratiqua tous les jours un lavage par le sinus maxillaire. La cinquième pulvérisation fut suivie de la sortie d'un bouchon de muco-pus, à la septième on voit sourdre un peu de pus clair, et depuis plus rien. Il existait aussi une carie étendue de la première molaire supérieure et une fistule qui ne suppure presque plus depuis le nettoyage des canaux dentaires et le plombage de la dent. Weil se réserve de revenir sur cette guérison d'une rapidité surprenante.

Séance solennelle du 6 février 1896.

Président : Prof. Störk.

Secrétaire : Dr Koschier.

Séance administrative.

Le Président souhaite la bienvenue aux membres présents et rend compte des travaux de la Société depuis sa fondation. Durant la première année la Société a tenu sept séances au cours desquelles six communications ont été faites par MM. Störk, Hajek, Panzer, Bienenstock et Chiari.

En outre, dix-huit observations intéressantes ont été lues et des préparations ont été montrées par MM. Koschier, Ebstein, Weil, Panzer, Chiari, Rethi, Roth et Scheff.

Sont proposés comme membres d'honneur de la Société et élus à l'unanimité : MM. B. Fraenkel (Berlin), A. Gouguenheim (Paris), F. Semon (Londres), et M. Schmidt (Francfort-sur-Main).

Sont nommés membres actifs de la Société : MM. B. Gomperz, Heindl, Lantin, O. Pollak, H. Schlesinger, A. v. Weismayr.

Bureau : Prof. Störk, *président* ; Prof. Chiari, *vice-président* ; Dr Ronsburger, *secrétaire* ; Dr Roth, *trésorier* ; Drs Grossmann, Hajek et Scheff, *secrétaires des séances*.

Le Président remercie l'assemblée de sa réélection, et annonce que le gouvernement de la Basse-Autriche a prié la Société de vouloir bien réviser la pharmacopée autrichienne. Dans ce but, on nomme un comité composé de MM. Chiari, Rethi et Roth.

1. Le Dr Weil fait une communication sur la **Pathologie et le traitement des suppurations des sinus, en particulier du sinus maxillaire.** — A la suite de précédentes discussions, l'auteur avait projeté d'étudier comparativement les divers modes de traitement des suppurations des sinus, mais cela lui a été impossible, car il n'existe que peu de statistiques et elles ne contiennent que peu de détails (et dans ce cas les statistiques ne servent à rien), tandis que la plupart des auteurs n'envisagent généralement les méthodes que comme favorables ou défavorables. Presque tous adoptent les interventions chirurgicales radicales, et le traitement conservateur des lavages à travers les ouvertures naturelles ne réunit que peu d'adeptes, qui, le plus souvent, le considèrent comme malaisé et donnant de mauvais résultats. Les jeunes auteurs vont encore plus loin, par exemple, pour l'empyème de l'antre d'Highmore, ils disent que l'on peut pratiquer sur n'importe quel point une ouverture pour l'écoulement du pus ; ils ne font même plus allusion à l'ouverture naturelle.

Il en est de même dans toutes les branches de la spécialité, où les méthodes conservatrices, même lorsqu'elles réussissent, ne sont pas adoptées, comme les nouveaux modes opératoires qui sont immédiatement employés. Ceci a souvent une raison psychologique, car le jeune spécialiste qui, pour la première fois, doit choisir un procédé de traitement de l'empyème de l'antre, aura plutôt recours au perforateur ou au ciseau qui donnera sûrement issue au pus, et lorsque son malade sera guéri, il ne se demandera pas s'il aurait pu se passer d'intervenir. Aussi l'auteur va-t-il donner les résultats détaillés de son expérience du traitement conservateur. En tout il a rencontré environ quatre-vingt-dix différents empyèmes sur cinquante-deux malades, dont vingt-trois suppurations du sinus maxillaire chez dix-sept malades. Sur ce nombre, sept cas simples, sans complications ; cinq d'entre eux furent traités régulièrement et guérirent d'une façon durable par sept, douze, dix-sept, trente et quarante et une irrigations qui se prolongèrent d'une semaine à quatre mois. Les cas les plus anciens remontent déjà à quatre et cinq ans et ont été contrôlés à plusieurs reprises.

W. était opposé à l'idée de l'origine dentaire de l'empyème de l'antre d'Highmore, qui, depuis quelques années, a de moins en moins de partisans, parce que les nombreuses recherches anatomo-pathologiques ont démontré la fréquence d'affections de la muqueuse des sinus, au cours des diverses maladies infectieuses aiguës, et que nous avons appris à connaître beaucoup de

suppurations des autres sinus qui n'ont rien à voir avec les dents, et qu'à la suite des épidémies d'influenza nous avons observé un grand nombre de cas d'empyèmes.

L'auteur communique ensuite les résultats des recherches de Zuckerkandl et Dmochowski sur la spontanéité des inflammations aiguës de la muqueuse des sinus, et il cite quelques observations personnelles et empruntées à la littérature qui concordent parfaitement. Au cours de cette année, il s'est convaincu que la majeure partie des suppurations des sinus tend à guérir spontanément, si l'on assure l'écoulement régulier du pus et que dans ses observations les plus probantes la suppuration infectieuse originelle a guéri spontanément ; dans ces cas il reste une suppuration de corps étranger qui est entretenue par la masse purulente caséeuse et qui cesse lorsque celle-ci s'écoule par une voie naturelle ou artificielle (à condition, bien entendu, que la destruction ne soit pas plus profonde), comme chez un enfant atteint d'une inflammation nasale répandant une odeur infecte, à la suite du séjour prolongé d'un corps étranger, et qui guérit en peu de jours à la suite de son extraction. C'est seulement de cette manière que l'on peut expliquer les guérisons rapides obtenues par nombre d'auteurs au moyen de diverses méthodes, et l'on en a un exemple frappant dans le cas que W. présenta le 9 janvier dernier et qui concernait un empyème fétide, caséeux de l'antre, remontant à neuf mois, guéri totalement par sept lavages à l'eau chaude, malgré une carie de la seconde molaire et de la première molaire atteinte d'une fistule, qui cessa de suppurer après le nettoyage et le plombage de la dent qui furent exécutés seulement quelques semaines après la guérison de l'empyème.

Séance du 5 mars 1896 (1).

Président : Prof. Störk.

Secrétaire : Dr Grossmann.

Le Dr Ronsburger, secrétaire, annonce que la Société a reçu des lettres de remerciements des Drs Semon, Gouguenheim et Schmidt nommés membres honoraires.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.* 16 mars 1896.

1. PANZER montre une coupe de **fibrôme laryngien** de dimension extraordinaire. Le malade se présenta en juillet 1890 à la consultation du Prof. Chiari; il a 52 ans, est fleuriste et est enroué depuis quelques mois. Le malade ne fournit pas d'autres renseignements. A l'examen, tout l'orifice du larynx apparaît obstrué par une tumeur plus grosse qu'une noisette, à surface plane, avec quelques bosselures. La tumeur est très transparente, et mobilisée par le courant d'air. Elle provient vraisemblablement de la corde vocale droite. Ablation facile au moyen du serre-nœud. Après l'opération on voit sur la face supérieure de la corde droite une plaie s'étendant sur toute la corde et portant sur ses bords de petits faisceaux muqueux. Donc la tumeur provenait de la corde vocale et non du ventricule de Morgagni.

L'examen histologique révéla quelques particularités. La tumeur était revêtue partout d'épithélium pavimenteux. Par places on voyait des cavités bourrées de masses homogènes, qui se colorent à l'éosine d'une façon intense. Il s'agit très probablement d'une exsudation séreuse entre les épithéliums, à dégénérescence hyaline (Prof. Kolisko). La tumeur offre divers aspects, suivant les coupes. Dans quelques-unes, on voit seulement un tissu fibreux contenant des cellules rondes, d'autres renferment des faisceaux de tissu infiltrés de sérosités ; à d'autres endroits on voit des masses homogènes colorées à l'éosine (hyaline). Plus loin on remarque des cellules fuselées avec de gros noyaux fibreux et de petites cavités dues à la séparation du tissu.

D'après l'image histologique, on diagnostique un fibrôme avec modifications secondaires, transsudation séreuse, kystes ramollis, dégénérescence hyaline. On explique ces symptômes de dégénérescence par la mobilité de la tumeur, qui aurait facilité, lors de la phonation, la flexion de la base et les troubles de la nutrition.

2. WEIL poursuit la lecture qu'il a commencée à la dernière séance sur les **suppurations des sinus et du sinus maxillaire en particulier.**

Pour s'assurer du diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmore, si la ponction exploratrice à travers l'orifice maxillaire a échoué, l'auteur pratique la ponction à travers le méat inférieur, d'après M. Schmidt, procédé qu'il a trouvé presque infaillible dans environ trente cas, simultanément avec l'injection exploratrice de Lermoyez. W. trouve les aiguilles ordinairement employées trop grosses, celles de 0,9 à un millimètre d'épaisseur

transpercent plus aisément les os. La pointe doit être recourbée à cause de la direction descendante de la ponction, et pour que l'on puisse s'assurer, en faisant tourner l'aiguille, qu'elle est dégagée dans la cavité ; cela est indispensable dans la ponction exploratrice, car autrement, l'on pourrait injecter facilement le liquide sous la muqueuse ou même dans la joue, ce qui peut amener des accidents tels que des suppurations ganglionnaires. Une antisepsie sévère est de rigueur.

Quand le résultat est positif, Weil fait suivre la ponction exploratrice d'une pulvérisation qui doit durer jusqu'à ce que l'eau ressorte par le nez, ce qui facilite notablement le traitement consécutif à travers l'orifice maxillaire.

Lorsque l'empyème est certain, il faut chercher l'orifice maxillaire, et si on ne le trouve pas immédiatement, il faut recourir à la résection partielle du cornet moyen, et n'enlever que les bords qui entravent les mouvements de la canule du pulvérisateur dans le méat moyen et empêchent de trouver l'orifice maxillaire. L'auteur a dû recourir dans environ un cinquième des cas à cette petite intervention sans importance.

Weil énumère ensuite les diverses objections élevées contre cette thérapeutique, la principale est que les malades ne peuvent pas se soigner eux-mêmes. Toutefois, la femme que l'auteur a présentée le 2 mai 1895 à la Société Viennoise de Laryngologie l'a appris facilement et l'a montré à la séance du 5 décembre (cette particularité a été omise par mégarde dans le compte-rendu) ; il en fut de même pour une autre malade ayant conservé le cornet moyen. Weil fait voir les canules, soit fixes, soit démontables. Il a lu, l'été dernier, dans le volume de Störk, que ce dernier employait depuis longtemps les irrigations faites par les malades, mais il n'en avait pas eu connaissance auparavant.

L'auteur explique alors comment, par une observation soigneuse (par exemple la mensuration régulière de la suppuration écoulée), on peut conclure des chances de guérison de la cavité interne et ainsi tirer un pronostic vraisemblable, et dit que pour s'assurer souvent de l'introduction de la canule, il a eu recours à des injections exploratrices de substances faciles à reconnaître (chlorure d'argent, dermatol). W. parle ensuite de diverses particularités des procédés opératoires et des avantages et désavantages du traitement conservateur, ainsi que des opinions les plus récentes, consignées dans la littérature (Ziem, Avellis, Noltenius, Jansen, Grünwald).

L'auteur n'a vu qu'une fois la trépanation par la fosse canine, elle fut faite malgré lui et l'affection récidiva pendant des mois avec des hémorrhagies mettant la vie en danger; il ne s'explique son emploi que parce qu'elle ne réclame pas de technique ni d'instruments spéciaux, et se trouve ainsi à la portée de tous les médecins. Il trouve aussi très regrettable, dans l'intérêt de la science, que l'on publie si rarement les insuccès de traitement des empyèmes.

L'opiniâtreté de nombreux empyèmes de l'antre d'Highmore provient rarement de modifications prononcées de la muqueuse et des os, mais le plus souvent d'une coïncidence avec d'autres empyèmes. Weil en conclut que, dans la plupart, peut-être dans tous les empyèmes combinés, le labyrinthe ethmoïdal est souvent le point central de l'affection et attaqué primitivement ; mais fréquemment on évite la suppuration des cellules ethmoïdales. L'auteur cite quelques observations et publiera ultérieurement une monographie complète sur les suppurations ethmoïdales. Dans ces cas, les résultats du traitement sont naturellement bien plus mauvais; l'auteur obtint presque toujours une amélioration marquée et c'est seulement depuis ces derniers temps, où il porta son attention sur les suppurations ethmoïdales, qu'il observa plusieurs guérisons.

Pour les autres sinus il faut faire les mêmes remarques, à part les cellules ethmoïdales que jusqu'ici nous avons rarement sondées et irriguées, et que nous dûmes souvent ouvrir largement, sans être fixés sur l'affection osseuse. Beaucoup de suppurations des sinus frontaux et sphénoïdaux peuvent être imputées à l'empyème de l'antre d'Highmore.

Weil résume ses idées en disant que la lésion des parois osseuses des sinus complique et entrave la guérison et que le dégagement des ouvertures naturelles et leur lavage (éventuellement au nitrate d'argent) se rapproche le plus de la guérison spontanée, et constitue donc le traitement le plus rationnel. C'est seulement lorsqu'au bout de plusieurs mois on n'aura aucun résultat qu'il faudra recourir aux moyens énergiques ; mais l'auteur est d'avis de bannir totalement la curette de la thérapeutique des suppurations des sinus.

Plusieurs membres de la Société émettent le vœu adopté, que la discussion de cette question soit reportée à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance de novembre 1895.

Président : FÉLIX SEMON.

1. SEMON montre une coupe de **myxome du larynx**, la tumeur est constituée par un mince réseau de fibrilles délicates renfermant des cellules polymorphes recouvertes par les délicats prolongements du reticulum.

2. J. B. BALL montre un cas de **paralysie de la corde vocale gauche** survenue à la suite d'un surmenage de la voix pendant l'élection d'Haumensmith ; syphilis il y a 8 ans. Pas d'autres maladies à signaler. Le malade a pris de l'iodure de potassium pendant un mois avant son entrée.

HAVILLAND HALL mentionne un cas de paralysie de la corde vocale gauche qui précéda d'environ un an les autres signes d'un anévrysme de la crosse de l'aorte retrouvé à l'autopsie. Il rappelle un cas de ce genre signalé par le Président dans lequel la paralysie de la corde gauche avait précédé de plusieurs mois les autres signes d'un anévrysme. Le cas de M. Ball peut être analogue.

BRONNER pense que la paralysie peut être d'origine centrale comme cela arrive pour l'œil.

SEMON. Il est possible que la paralysie soit d'origine centrale mais on ne peut spécifier la cause dans un examen de quelques minutes. Il serait bon que ces malades soient suivis, qu'on n'en néglige pas l'autopsie. Il faut aussi penser au tabes et examiner les réflexes.

BALL. Dans ce cas les réflexes étaient normaux.

3. BOWLBY montre un cas de **névrose du larynx consécutif à une laryngite compliquant la fièvre typhoïde.** Le malade, âgé de 18 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Barthélémy dans le service du Dr Heusley le 27 août 1894. La maladie marcha sans complications jusqu'au 1er septembre, il commença alors à entendre moins bien et le 11 l'ouïe était totalement perdue. Le 2 octobre débute une laryngite, le 3 M. Bowlby est appelé près du malade atteint d'une

dyspnée intense. Il y avait alors un énorme gonflement de tout le larynx, surtout au niveau des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales et une petite ulcération à la partie postérieure de la corde vocale gauche. — Les mouvements des deux cordes vocales étaient gênés, la gauche étant tout à fait immobilisée. L'ouverture glottique était très rétrécie. La respiration était stridente, le malade cyanosé, abattu. La trachéotomie amena un soulagement immédiat. — En octobre, décembre et janvier, plusieurs tentatives furent faites sans succès pour retirer la sonde. En février et mars on tente la dilatation du larynx. L'épaississement du larynx et de la région sous-glottique persistait. La corde vocale gauche est immobile, la droite se meut imparfaitement. Le malade attend avec anxiété une opération qui lui permette de respirer sans la sonde. Peut-être serait-il avantageux pour lui d'exciser la corde vocale gauche et les tissus épaissis voisins.

Scanes Spicer rappelle qu'il a présenté il y a un an un cas analogue. On lui suggéra alors de tenter la dilatation avec le dilatateur de Whistler et les tubes de Schrötter. Cela fut impossible. Le larynx fut ouvert et une partie de la muqueuse excisée. On plaça alors un tube à intubation. Mais aussitôt qu'il fut enlevé la dyspnée reprit et on dût replacer la canule à trachéotomie.

Dundas Grant, dans un cas semblable a eu de mauvais résultats avec l'intubation.

C. Symonds rappelle les cas qu'il a présentés à la précédente séance, où il a montré les résultats donnés par l'ablation de la corde vocale et des tissus adjacents.

Semon remarque que dans un cas où on avait pratiqué malgré son avis la thyrotomie les résultats avaient été très bons. — Il est étonnant de constater la somme de voix qu'on conserve après l'ablation de la corde vocale et des tissus adjacents.

Bowlby répond qu'il a exposé à son malade les chances de perte de voix qu'il avait et l'a laissé libre de subir ou non l'opération.

4. Bronner montre une **coupe microscopique d'un myxome hémorrhagique de l'amygdale linguale chez une albuminurique.** Cette tumeur fut expulsée spontanément en 3 jours. Elle était entourée d'une épaisse capsule avec bandes concentriques d'un tissu rouge, à la place qu'elle occupait la langue présente une cicatrice étoilée.

Pegler pense que la tumeur est un mélange de tissus adénoïde, lymphoïde et fibreux.

5. William Hill montre un **cas de régénération des tissus du cornet inférieur après ablation complète de celui-ci.**

Pegler pense qu'il s'agit là d'un tissu œdématié qui gênera plutôt la respiration et voudrait connaître les résultats de l'examen microscopique.

Hill ne pense pas qu'il s'agisse de cela. Il attendra que le tissu soit plus complètement organisé.

6. Kanthack montre une **ulcération typhoïdique du larynx**, un **papillome hypertrophique diffus du larynx**, un **empyème du sinus maxillaire.**

7. Percy Kidd montre un cas de **pachydermie de l'espace inter-aryténoïdien.** Une femme de 33 ans souffre depuis 8 ans d'enrouement. L'espace inter-aryténoïdien, d'une belle couleur rose, est le siège d'un épaississement plus marqué à gauche. Les cordes vocales sont légèrement épaissies et un peu paresseuses. Pas de signes de syphilis ni d'autres maladies. Traitement : iodure de potassium à l'intérieur. Badigeonnages locaux à la solution iodée de Mandl, et pulvérisations d'acide lactique à 2 $^0/_0$ avec l'appareil de Siegle. L'épaississement a légèrement diminué mais l'enrouement persiste.

Butlin pense qu'il s'agit de tuberculose et conseille l'examen microscopique et la galvano-caustique thermique.

Bronner a eu de mauvais résultats avec le galvano-cautère et préfère la pince.

Symonds pense que s'il s'agissait de tuberculose l'enrouement serait plus fort ; il conseille le curettage et l'acide lactique.

Tilley a montré un cas semblable il y a 6 mois. L'acide lactique ne modifia rien, le curettage donna une légère amélioration. Le malade va mieux surtout depuis qu'il ne prend plus d'alcool.

Semon fait remarquer qu'on a signalé ces lésions seulement chez les alcooliques quand parut la thèse de Hünnermann faite sur ce sujet sous l'inspiration de Wirchow.

Scanes Spicer les considère comme d'origine inflammatoire, souvent les amygdales et la partie supérieure de la gorge sont aussi épaissies.

Dundas Grant demande si on a essayé l'électrolyse.

Kidd répond qu'il ne pense pas qu'il y ait là du tubercule. Il en prendra un morceau avec une curette. Il n'y avait pas chez sa malade de signes nets d'alcoolisme bien qu'elle ait servi dans les brasseries. Il pense qu'il s'agit d'hypertrophie simple des tissus.

8. Percy Kidd montre un échantillon d'**ulcération syphylitique de la trachée avec rétréçissement cicatriciel des deux grosses bronches.**

9. Ed. Law montre un cas de **lupus du pharynx et du larynx.** C'est un enfant de 10 ans. Il a eu deux fois la varicelle, une rougeole et la scarlatine il y a 2 ans, et depuis il est toujours patraque. Il y a six mois que l'enrouement a débuté. Il est le septième de huit enfants, le dernier est mort de consomption intestinale, une sœur a eu une mauvaise toux et un lupus du dos et des mains pendant cinq ans. Le malade présentait une infiltration du voile du palatin et des piliers antérieurs, et des cicatrices sur le voile du palais et le pilier postérieur droit. L'épiglotte était très épaissie, noueuse, la pointe détruite par une ulcération. La région aryténoïdienne et les ventricules étaient gonflés, œdémateux, les ganglions du cou engorgés, il y avait des granulations dans l'oreille gauche. Le docteur Law a vu ce malade il y a dix jours et a appris qu'il avait été très amélioré par le sirop d'iodure de fer. Il essayera l'acide lactique localement et à l'intérieur l'arsenic.

Law. **Obstruction du nez par déviation de la cloison et autres causes.** C'est un malade de 17 ans qui en plus d'une déviation de la cloison présente des tumeurs adénoïdes et des polypes bouchant les fosses nasales postérieures. Secrétion muqueuse abondante, anémie profonde. Très amélioré par le fer, l'arsenic et l'ablation des tumeurs adénoïdes le malade est encore très gêné par l'obstruction nasale. Quelle est l'opération à faire ?

Tilley et Dundas Grant conseillent l'ablation du cornet avec l'instrument de Jones modifié par Hawskley puis la perforation de la cloison.

Hill enlèverait seulement l'extrémité postérieure du cornet inférieur.

Law répond qu'il essayera d'abord d'enlever les tissus hyper-

trophiés des fosses nasales postérieures et l'extrémité antérieure du cornet droit avant de toucher à la cloison.

10. Spicer montre une **tumeur verruqueuse de nature suspecte sur la corde vocale d'un homme de 54 ans.** Le malade est enroué depuis deux ans. La corde vocale gauche est injectée, légèremen déviée et lente à se mouvoir; au centre de la portion ligamenteuse est un nodule rouge sombre, bien limité, sessile. Pas de difficulté à avaler ni à respirer, pas de douleur, pas d'amaigrissement, pas d'antécédents syphilitiques, aucun engorgement ganglionnaire. Ces signes font penser au cancer. Le malade a pris de l'iodure de potassium pendant une quinzaine de jours.

Percy Kidd pensa à l'angiome et tenterait l'ablation.

Semon et Butlin recommandent l'examen endolaryngoscopique et microscopique avant d'intervenir. Ils pensent la tumeur suspecte et peut-être périodique.

Semon a vu il y a quelque temps un cas analogue chez un malade de 36 ans, il fit la thyrotomie et enleva la corde vocale gauche infiltrée à sa partie antérieure par une volumineuse tumeur dont l'examen montre la nature granulomateuse.

11. W. R. Stewart montre **un cas d'affection maligne de l'œsophage chez une jeune fille de 23 ans.**

Butlin en a vu un semblable chez une fille de 24 ans.

12. Clifford Beale. **Tubercule ou cancer.** — Un marin de 47 ans a eu, il y a deux ans, de l'infiltration tuberculeuse au sommet d'un poumon, et quelques mois après il perd la voix. Le larynx est le siège d'une tumeur sèche, paraissant partir du ventricule et englobant en partie la corde vocale gauche qui est très peu mobile. Gros ganglion au cou. La maladie laissée sans traitement en observation pendant trois semaines s'améliora beaucoup. La corde vocale reprit en partie ses mouvements, la tumeur diminua considérablement. Il s'agissait donc probablement de lésion tuberculeuse car la lésion pulmonaire a rétrocédé en même temps.

Butlin pour affirmer la tuberculose voudrait un examen plus complet.

Semon pense à une affection maligne et croit l'iodure de potassium indiqué.

Hall a vu un cas analogue nettement tuberculeux.

13. Dundas Grant montre un malade atteint de **kyste de la glande sous-maxillaire dû à un calcul salivaire.** La tumeur était rouge, très sensible et siégeait près du canal de Wharton. On ne sentait pas les calculs, il y avait une petite fistule près du frein de la langue. Au bout de quelques jours la tuméfaction diminua sous l'influence du calomel et du chlorate de potasse et le malade raconta que quelques jours avant, en se gargarisant, deux petites pierres étaient sorties de la région malade.

Spencer dans un cas analogue a dû pratiquer l'incision de la tumeur et a pu voir le calcul.

L. R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES HONGROIS

Compte-rendu par le Dr Polyak

13e *Séance, 17 octobre 1895.*

1. Zwillinger. — **Corps étranger ayant séjourné huit mois dans le nez, écoulement fétide. Asthme.** — Jules B. âgé de 57 ans, négociant à Györ, se présente le 5 août 1895 à la consultation publique de laryngologie (N° 426 du cahier) où il raconte que son médecin lui a appliqué un tampon pour des épistaxis le 12 décembre 1894 ; mais ni le confrère qui l'avait introduit, qui fit de fréquentes tentatives, ni d'autres médecins consultés ultérieurement ne réussirent à extraire le tampon qui est toujours dans le nez, provoque des douleurs intolérables et des troubles respiratoires et répand une telle puanteur que personne ne veut plus approcher le malade qui est ainsi entravé dans son existence de marchand.

Le malade est fort, a le cou court et présente une artériosclérose avancée. Par la rhinoscopie antérieure, on voit que la narine gauche est remplie d'un pus abondant d'un jaune verdâtre, la muqueuse est d'un rouge bleuâtre foncé, tuméfiée, on n'aperçoit pas le corps étranger, mais avec la sonde on sent au fond du nez un obstacle mou dans lequel l'instrument ne pénètre qu'à un demi centimètre de profondeur. La rhinoscopie postérieure

est pratiquée aisément et laisse voir la choane gauche obstruée par des masses étrangères recouvertes de croûtes d'un gris foncé. On ne distingue pas l'extrémité postérieure des cornets. La choane droite est libre et normale.

Après que le sondage eut amené une violente hémorrhagie, j'échouai dans mes essais pour retirer le corps étranger soit au moyen de divers instruments, soit en avant, soit par le pharynx nasal (j'ai même eu recours à la tête renversée en arrière que l'on déconseille ordinairement), d'après la consistance molle du corps étranger et en raison de l'âge du malade et de l'incertitude de ses renseignements, je songeai à un néoplasme, lorsque je réussis avec le serre-nœud, par lequel je voulais enlever un fragment de la masse dans un but diagnostique, à tirer en avant un fil long de 5 centimètres attaché au tampon, je le saisis entre les doigts et pus de cette façon attirer avec peine et malgré sa surface glissante le tampon exceptionnellement gros et imbibé de pus, de sang et de mucus. Comme on le voit, le tampon même sec atteignait un volume extraordinaire (ici l'auteur montre le corps du délit) et son odeur suffit, au bout de six semaines, à s'assurer que les plaintes du malheureux malade étaient fondées.

Il serait à désirer que des règles plus précises fussent élaborées pour savoir si dans l'épistaxis il faut tamponner ou non ; et il serait surtout très important que ces règles fussent observées par les confrères. J'ai appris que nombre d'entre eux — les jeunes en particulier,— en présence d'une épistaxis un peu forte, sans s'inquiéter d'abord d'où provient l'hémorrhagie ni employer des méthodes plus douces et souvent mieux appropriées, ont recours à la sonde de Bellocq, fréquemment contre toute indication. Je n'ai pas l'intention de m'étendre longuement ici sur le tampon de Bellocq, mais je veux faire remarquer combien il est facile de s'en tenir à la règle, suivant laquelle la dimension du tampon indique la taille probable de la choane. Le médecin en question avait vraisemblablement oublié cette règle, aussi dût-il user d'une force telle, que, suivant l'expression du malade, sa tête a presque éclaté ». C'est seulement au bout de huit jours que l'on a cherché à enlever le tampon, bien que cela eut dû être tenté deux jours après la cessation de l'hémorrhagie.

J'ai fait suivre l'extraction de pulvérisations nasales au moyen de solutions antiseptiques. La suppuration s'est bientôt réduite au minimum, la fétidité a disparu et la respiration est redevenue normale. Je n'ai pas cru devoir donner une description com-

plète des crises d'asthme très typiques, assez fréquentes dans ces derniers temps et qui ont beaucoup fatigué le malade.

Discussion.

v. Navratil. — Je puis affirmer aussi que les médecins négligent très souvent de rechercher la source de l'hémorrhagie et emploient le tampon de Bellocq même lorsque le siège de l'épistaxis réclamerait l'application d'autres moyens.

2. Lichtenberg. — **Tympanite aiguë, abcès sous-dural, opération, guérison, deux observations.** — L'économie de la nature a, dans les suppurations aiguës de la caisse, pris de sages mesures pour le bien de l'homme, de sorte que malgré le lieu d'élection que peuvent atteindre par des voies nombreuses et commodes les tissus phlogogène et pyogène, on observe très rarement relativement des affections intra-crâniennes à la suite de tympanites aiguës. L'observation des proportions anatomiques de la caisse nous démontrera que toutes les maladies de la cavité mastoïdienne devraient être en rapport, mais malgré cette opinion absolument motivée, les complications mastoïdiennes sont relativement rares.

Je présenterai aujourd'hui à la Société deux cas dans lesquels le point de départ d'un empyème mastoïdien donna lieu à une tympanite aiguë.

Toutefois les observations ont différé au point de vue clinique, opératoire et nosologique.

Le premier malade me consulte le 14 août 1895 et me raconte que 10 semaines auparavant, en rentrant d'une excursion, il a ressenti de vives douleurs dans et derrière l'oreille droite, et que le pouvoir auditif a considérablement diminué de ce côté. Pendant 5 jours il ne fit pas attention à son mal, mais le sixième jour, il appela un auriste qui pratiqua immédiatement la paracentèse qui fut suivie d'une abondante issue de pus de l'oreille malade. Après 14 jours de traitement durant lesquels l'écoulement auriculaire et les douleurs surtout en arrière dans les os persistèrent, le médecin déclara son malade guéri et lui conseilla, en raison des souffrances qu'il ressentait derrière l'oreille et qui s'irradiaient dans l'oreille, dans les tempes et en arrière, considérées comme nerveuses, de s'adresser à un neurologiste. Quatre semaines d'électrisation ne soulagèrent pas le

malade (je n'ai pu être renseigné sur la qualité du courant), mais durant ce laps de temps la sécrétion fut minime. Il alla voir alors un autre confrère qui lui fit poser deux sangsues sur la mastoïde mais sans succès, car au bout de 24 heures les douleurs reparurent. Un autre otologiste l'envoya à la campagne pour se remettre.

Les températures n'ont pas été relevées durant ces 10 semaines. Le malade est très amaigri. Le conduit auditif externe est normal, il n'y a eu qu'une petite quantité de pus. La perforation tympanique postéro-supérieure est insuffisante.

Le cathétérisme provoque de faibles ronchus légèrement vésiculaires. La mastoïde est à peine gonflée, mais très sensible au toucher. Les douleurs postéro-supérieures étendues ne cessent pas, même la nuit.

Ma première idée fut d'agrandir en haut et en bas la perforation tympanique insuffisante et de pratiquer des insufflations afin de faciliter l'issue du pus aujourd'hui limpide et abondant à travers la caisse.

Pouvoir auditif du côté malade 0/60; Weber latéralisé du côté malade ; Rinne. — En dépit de l'écoulement libre et profus du pus et de l'application énergique du froid, les souffrances ne s'amendèrent pas. Température 37,2 ; Pouls 95.

Au bout de 5 jours, lorsque les douleurs devinrent intolérables, je diagnostiquai en me basant sur la durée de l'affection et sur l'ensemble des symptômes un empyème mastoïdien malgré que le signe pathognomique — abaissement de la portion postéro-supérieure du conduit auditif externe — fit défaut, et le 18 août je pratiquai la perforation mastoïdienne typique en présence de MM. Feldbaum et Rothbart. La corticale était saine, les cellules pneumatiques cariées et remplies de pus. L'antre perforé à une profondeur de 2 centimètres et demi fut trouvé totalement carié, et en l'ouvrant il s'écoula beaucoup de pus. Fistule en haut, avec écoulement purulent dans le canal opératoire. L'antre est complètement ouvert ; par l'éclairage électrique intense on voit jusqu'à l'aditus et la courte apophyse de l'enclume toutes les parties cariées sont enlevées et la dure-mère est mise à nu. D'après ce résultat, notre cas appartient à la catégorie des abcès sous ou extra-duraux. Pansement à la gaze stérilisée.

Au bout d'une demi-heure de repos après l'anesthésie, le malade est transporté à son domicile à Bude dans une voiture d'ambulance sur un lit fixe suspendu qui empêche toute secousse.

Le pansement est changé 5 jours après. Le conduit opératoire renferme beaucoup de pus, nettoyage à sec, défense au début de tout lavage, tamponnement lâche, pas de fièvre. La plupart des douleurs ont disparu, elles reviennent pendant trois semaines mais d'une manière supportable, surtout dans la région occipitale. La perforation tympanique guérit totalement en 10 jours, la suppuration auriculaire cesse. Audition actuelle 4/60. Il s'agissait donc d'un abcès sous-dural avec tendance à se propager à la cavité crânienne moyenne sans cette manifestation. Ceux qui ont déjà observé ce fait ne s'en étonneront pas.

La seconde observation est tout à fait différente, bien que l'origine de l'affection soit identique, mais malgré le caractère dangereux de la maladie, l'organisme du malade a présenté une tolérance rare. Le malade se plaignit d'abord au commencement de décembre 1894 de douleurs localisées dans et derrière l'oreille droite, et qui, depuis quatre mois et demi, l'empêchaient de travailler, car il devait toujours garder le lit ou la chambre. Dans les premiers jours de mai les souffrances augmentèrent, mais il ne consulta pas de médecin et comme son état s'améliora, il reprit ses occupations. A la fin de mai les douleurs intolérables de l'oreille et de la mastoïde reprirent de plus belle, et le malade dut se coucher jusqu'au 18 juin 1895, date où il arriva à la Polyclinique. Le malade était très amaigri. Conduit auditif tuméfié, membrane tympanique opaque, proportions de niveau normales. Mastoïde sensible extérieurement, infiltrée, œdématiée. Ronchus vésiculaires accentués par le cathétérisme. Pas d'écoulement d'oreille. Après un examen soigneux je diagnostiquai un empyème mastoïdien et fit deux jours après l'opération à la Polyclinique en présence de MM. Baumgarten, Tomka, Feldbaum et Rothbart.

Avant l'opération, pendant l'anesthésie, paracentèse, cathétérisme, pus limpide abondant. Perforation classique. Corticale un peu colorée. Après l'ablation d'une mince couche osseuse, suppuration épaisse, mastoïde remplie de granulations et totalement cariée. L'antre était situé plus haut que normalement, détruit et obstrué par du pus épais. Toutes les parties malades furent extraites, la plaie osseuse avait plus de deux centimètres de long et un centimètre et demi de large.

Pansement ordinaire à la gaze stérilisée. Température préopératoire 39,8. Le pansement est changé au bout de six jours, pas de fièvre, les douleurs cessent et ne reparaissent plus. Prohibition au début de tout lavage. Cicatrisation complète en six semaines.

Bien que la maladie remontât à six mois, la guérison n'a demandé que six semaines, au contraire du premier cas où après 10 semaines de maladie, il persiste une petite ouverture mastoïdienne. De plus, dans le second cas l'audition atteint 30/60, avant l'opération = 0. Dès le premier changement de pansement il n'y avait plus trace de pus dans l'oreille et la membrane tympanique était cicatrisée.

Discussion.

SZENES. — Ayant vu le premier malade je ferai remarquer qu'il habite dans le voisinage de la Charité et m'a consulté une fois en même temps que le directeur de l'hôpital M. Ludwick.

A ce moment je n'avais pas trouvé d'indication pour le traitement opératoire ou local. Le malade avait mauvaise mine, mais il ne souffrait pas. Nous lui conseillâmes de passer l'été au frais. Peu après je reçus la visite de la femme du malade qui me raconta que son mari ressentait des douleurs épouvantables et que le séjour à la campagne n'avait produit aucun effet.

Donc, lorsque je vis le malade il ne présentait pas de symptômes objectifs et je ne pus proposer une intervention.

LICHTENBERG, d'après le résultat de l'opération, s'élève contre cette opinion.

14e *Séance, 21 novembre 1895.*

1. ZWILLINGER. — **Paralysie laryngée consécutive à une lésion de la base du cerveau.** — Le malade a été présenté le 26 octobre à la Société royale de Médecine comme étant atteint de méningite basilaire. J'avais seulement esquissé l'état du larynx et je regrette que mes confrères présents n'aient pas vu le sujet à cette époque.

Bien que les symptômes qui nous intéressent se soient notablement améliorés à la suite du traitement et qu'actuellement ils ne soient presque plus apparents, j'ai cru devoir vous montrer le malade. Je dépeindrai d'abord son état général, puis je passerai à la description du larynx.

Homme de 35 ans, employé de l'État. En mars 1895, se déclare une paralysie faciale droite qui ne cède pas au traitement ioduré et à l'électrisation, et qui subsiste encore en partie. De plus déjà à ce moment le malade ne percevait pas la montre du côté droit. Pas de syphilis.

En 1880 on lui a enlevé à l'hôpital militaire deux verrues (Warzen) qui s'étaient développées au cours d'une blennorrhée. Des douleurs apparaissent en 1884 dans le bras droit, elles résistent à un pansement plâtré et ne guérissent que par des frictions mercurielles. Le 17 octobre le malade se plaint d'un malaise général et de maux de tête, il ne peut remuer son œil droit extérieurement, voit double, est enroué et rend les aliments. Examen approfondi : paralysie des abducteurs, paralysie pharyngo-laryngée, anesthésie du trijumeau et de l'acoustique du côté droit. Vision normale. Examen ophtalmoscopique normal à part une hypérémie veineuse. D'après la voie différentielle et à l'aide des antécédents malgré la dénégation de l'infection, on diagnostiqua une affection syphilitique de la base du cerveau et le traitement mercuriel fut institué. Dès la quatrième application, on vit une régression de la récente paralysie des nerfs cérébraux, et actuellement la paralysie des abducteurs et celle de la voûte palatine à droite sont guéries et la paralysie laryngée est visiblement améliorée. Au premier examen laryngoscopique on voit la voûte palatine droite paralysée et la luette de travers. Sur l'arc glosso-palatin à droite et à gauche existe une rougeur diffuse et des pertes épithéliales de la dimension de têtes d'épingles. Pendant la phonation la moitié droite du larynx demeure complètement immobile, mais sur le cartilage aryténoïde droit on observe un petit mouvement de contraction, la corde vocale est excavée et tout à fait en abduction.

Toutefois, ainsi que cela arrive souvent, pendant que la moitié gauche se rapproche de la droite sur la ligne médiane. On peut donc constater la paralysie totale des muscles innervés par le nerf laryngien. La sensibilité est intacte. Après la quatrième friction, la moitié droite du larynx exécute un léger mouvement vers la ligne droite médiane, le cartilage aryténoïde se meut plus librement. Les mouvements progressent, mais sont encore lents après les sixième et septième frictions ; mais l'occlusion glottique n'est pas complète, car la corde vocale droite reste toujours concave. Mais il se produit alors un autre accident, la glotte demeure oblique.

Cet examen est fort intéressant au point de vue de l'innerva-

tion du muscle crico-thyroïdien. Il semble que la corde vocale saine siège plus haut que la paralysée.

Pendant la phonation on s'aperçoit seulement que le mouvement du côté droit n'est pas aussi prompt qu'à gauche. La corde vocale gauche n'atteint pas encore sa tension normale. La glotte est encore un peu oblique, et la voix légèrement voilée. La mobilité et la sensibilité du voile palatin sont normales. Le malade a subi jusqu'ici 26 frictions.

Discussion.

Nemai. — Je partage l'opinion de M. Zwillinger qui voit la corde vocale gauche saine et la droite paralysée ; en ce qui concerne la différence de niveau, je trouve que la corde vocale saine est située plus profondément que la paralysée. Ceci confirme ce que j'avais observé en expérimentant sur les animaux, et on peut par là s'occuper de la paralysie du muscle crico-thyroïdien droit.

Boeke. — Je ne suis pas complètement au courant de l'anamnèse, mais je ne crois pas que dans ce cas la paralysie faciale soit d'origine centrale car dans les affections centrales, la paralysie faciale apparaît du côté opposé à la paralysie acoustique. Je suis plutôt enclin à croire qu'il existe une affection auriculaire locale qui a provoqué la paralysie acoustique, et je regarde la paralysie faciale comme d'origine périphérique et non centrale.

Krepuska. — Il faudrait connaître l'action du cœur et savoir si le pouls retarde ou est arythmique ? Ces symptômes cliniques sont très importants, si nous avons affaire à une affection centrale. Je crois que chez le malade présenté, il s'agit vraisemblablement d'une augmentation de substance, qui exerce une action sur l'acoustique et le facial, lorsqu'ils marchent de concert. Mais l'anesthésie acoustique est incomplète. Dès le début le malade a ressenti des troubles de l'oreille et est devenu sourd du côté droit. Il n'entend pas encore la montre Weber à gauche +, Rinne à droite +, examen de la caisse négatif. D'après ces accidents, et à cause de la paralysie faciale du même côté on doit admettre que l'affection provient du point où convergent les 7 et 8e nerfs, c'est-à-dire du point où ils sortent de la moelle allongée jusqu'au plancher du conduit auditif. L'affection du nerf vague fait croire aussi que la maladie ne provient pas du

conduit auditif interne, mais du point de départ des nerfs dans la moelle.

Je n'ai voulu exprimer tout cela que *per tangentem* car pour être sûr de l'étiologie et de la localisation de l'affection, il faut préalablement examiner complètement le malade et suivre la marche de la maladie.

Boeke. — On trouve aussi dans la littérature otologique des cas de syphilis cérébrale, où des exostoses et des tophi ont été rencontrés sur les 7 et 8e nerfs et ont provoqué une pression dans le conduit auditif interne.

Szenes. — Il existait peut-être chez le malade présenté à côté des altérations du goût des localisations du mal qui auraient révélé qu'il provenait du voisinage de la périphérie.

Il est peu probable que le siège de la maladie — cause de la paralysie — eût été le cervelet, où l'affection acoustique et faciale aurait fait éclore une tumeur, car les frictions de la région faciale ont procuré un mieux sensible, toutefois l'anesthésie acoustique subsiste encore. L'examen négatif de la membrane tympanique pouvait faire songer à une sclérose qui, petit à petit, aurait dégénéré en surdité.

Zwillinger. — Le principal est que le muscle crico-thyroïdien droit est paralysé, je ne puis partager l'opinion de M. Nemai suivant laquelle la corde vocale paralysée siège plus haut que la corde saine. J'observe la maladie depuis son début et puis m'assurer de la différence de niveau qui s'est arrêtée depuis le traitement d'autant mieux que je vois fréquemment le malade. La différence a toujours été minime. En ce qui regarde les remarques des otologistes, je considère la surdité comme d'origine basilaire, uniquement parce que les autres paralysies proviennent de cette source.

Nemai. — Je dois répéter que la corde vocale paralysée siège plus haut. Ceci ne prouve rien, mais doit être vu.

Zwillinger prie ses collègues présents d'examiner le malade afin de s'éclairer sur ce point.

Irsai et Polyak trouvent que la corde vocale saine est située un peu plus haut.

2. Stipanits. — **Ablation du cornet inférieur.** — L'auteur présente un malade et décrit l'extirpation sanglante du cornet inférieur. Il emploie la plupart du temps les ciseaux, mais quelquefois aussi la pince à enlever les esquilles. L'opération est pratiquée de la façon suivante. Après avoir lavé le nez au

moyen d'une faible solution de sublimé et anesthésié avec de la cocaïne à 10 °/₀, on enlève le cornet, selon les cas, partiellement ou en totalité. L'hémorrhagie qui est à peine sensible, est arrêtée pendant l'opération par une solution d'alumnol. Après le nez est bourré de bandes de gaze iodoformée, ce tampon est changé 2 ou 3 fois par jour. La guérison se manifeste en 8 à 10 jours, même lorsque des parcelles osseuses ont été extraites. L'auteur pratique cette opération préliminaire lorsqu'il a affaire à une hypertrophie prononcée des cornets inférieurs, où les moyens doux échouent et où il faut intervenir rapidement. Lorsque l'opération est nécessaire, S. est un adversaire décidé de la galvanocaustie, car il ne peut s'expliquer que dans les cas où la cautérisation est utilisable, on ne puisse se servir de son procédé, et s'il doit provoquer une plaie, il préfère qu'elle soit due à une intervention chirurgicale au moyen d'un instrument tranchant, qu'au cautère qui produit des plaies ne se cicatrisant que par la suppuration. D'autre part, il est beaucoup plus rationnel de guérir le malade en 8 ou 10 jours, même par un traitement plus énergique, que de le faire traîner durant 2 à 3 mois. L'auteur trouve que son procédé offre comme avantages que l'ablation est radicale et son degré est entre nos mains; le malade est débarrassé en une seule séance ; et surtout que la guérison est plus prompte que par tout autre moyen.

Discussion.

Polyak. — Je crois que ce procédé sera appliqué rarement, seulement lorsqu'en pratiquant des opérations il y aura des parties du cornet qui demeureront cachées. Il est à craindre que l'hémorrhagie envahisse la face et qu'elle interdise l'opération en une fois ; car l'opérateur ne pourrait se rendre maître de la situation. En ce cas il serait préférable de recourir à l'anse froide. Dans le traitement des hypertrophies, ce moyen ne peut substituer la galvanocaustique, d'autant moins qu'il ne s'agit que de donner au malade de l'air par le nez en quantité suffisante et non trop grande, et avec le ciseau il est à craindre que le méat nasal s'agrandisse trop et les affections qui s'ensuivent ne sont pas indifférentes pour le malade. Je regarde aussi comme un grave inconvénient de devoir tamponner le nez durant des journées entières à la suite de l'opération.

Stipanits. — Avec les ciseaux, je puis toujours dilater à mon gré le méat nasal.

3. Némai. — **Cicatrices laryngiennes consécutives à des destructions tuberculeuses prononcées.** — Mon malade est une preuve de la tournure favorable que prend quelquefois la tuberculose laryngée. Il existe depuis plusieurs années une phtisie pulmonaire qui est également enrayée. Le malade n'a pas de fièvre. Au laryngoscope on distingue des pertes de substance étendues de l'épiglotte et du repli ary épiglottique droit, ainsi que de la corde vocale droite, qui n'est pas ulcérée, mais bosselée. L'épiglotte et le repli sont détruits de telle sorte qu'on peut faire des insufflations au travers de ce qui reste de l'épiglotte, ou introduire le pinceau dans le larynx. Le plancher détruit forme partout un tissu cicatriciel solide. Toutefois le cartilage aryténoïde droit est infiltré et la tuberculose laryngienne ne peut être considérée comme guérie. Malgré sa corde vocale bosselée, le malade parle avec une voix enrouée, mais assez distincte. Il n'existait pas trace de syphilis, du reste, le malade nie l'avoir eue et son affection laryngée a été soignée en province par des insufflations d'iodoforme.

Discussion.

Zwillinger. — En dépit de la cicatrisation, le pronostic de ce cas est très mauvais, car non seulement les cartilages aryténoïdes, mais encore les parties avoisinantes sont infiltrées, ce qui est fréquent au cours d'affections tuberculeuses. En ce qui concerne la cicatrisation, nous sommes souvent témoin de semblables prodiges ; j'ai vu un cas d'infection tuberculeuse avancée de l'épiglotte qui fut soigné par des insufflations d'iodoforme et de morphine et régressa en six mois.

4. Szenes. — **Carie mastoïdienne consécutive à l'influenza** (présentation de malade). — Collégien de 15 ans, tomba malade le 5 septembre par de la céphalalgie, sensation de faiblesse générale et fièvre à 39 et 39,5. Le lendemain douleurs lancinantes au fond de l'oreille gauche, le jour suivant dans l'oreille droite, qui décident le jeune homme à me faire chercher le 8 septembre. A ce moment on constata une *otite moyenne aiguë* bilatérale avec une hypérémie très diffuse des deux cavités tympaniques, qui résista à des instillations de glycérine phéniquée à 15 °/₀ et le lendemain apparut une suppuration profuse de l'oreille gauche, le surlendemain la droite fut également atteinte. Depuis le début de l'otorrhée, le malade n'eut qu'un léger accès de délire,

mais à l'exception des signes de Trousseau, il n'existait aucun symptôme méningitique. A partir du 10 septembre, en raison de l'écoulement extraordinairement abondant, on insuffla pendant deux heures une solution de lysol dans les deux oreilles, on fit des applications de glace sur la tête et les oreilles, la fièvre alla en diminuant jusqu'au 12 septembre où elle abandonna tout à fait le malade. Malgré la disparition de la fièvre, les autres symptômes de l'influenza reparurent, surtout les manifestations bronchitiques, et lorsque je revis le malade le 18 septembre il se plaignait principalement de l'abaissement de son ouïe et de l'otorrhée bilatérale profuse. Les deux membranes tympaniques présentaient dans leur partie postéro-inférieure une large perforation, mais les apophyses mastoïdes étaient absolument indemnes. Au bout d'un mois entier, le 18 octobre, le malade revint me voir, bien que la suppuration du côté droit eût cessé depuis déjà trois semaines, et que l'audition fut normale, l'apophyse mastoïde gauche était tuméfiée et œdématiée. Dans le fond du conduit auditif externe gauche se trouvait une petite quantité de pus collecté, on l'enleva et on s'aperçut que la lacune de la portion postéro-inférieure de la membrane tympanique persistait, tandis qu'à droite la membrane du tympan tout à fait normale ne portait pas traces de maladie. L'application immédiate de glace sur l'oreille gauche amena la cessation totale du gonflement, ainsi que je m'en assurai le 25 octobre, mais il subsistait un faible écoulement de l'oreille. Le malade cessa l'application des épithèmes, et se représenta à ma consultation le 8 novembre, l'apophyse mastoïde gauche étant de nouveau enflée ; les épithèmes ne firent pas céder cette hypertrophie et le 11 novembre le malade entra à l'hôpital Israélite pour y subir la trépanation mastoïdienne.

A son entrée, le pavillon de l'oreille gauche était légèrement incliné en avant, l'épiderme de l'apophyse mastoïde tuméfiée était rouge et au milieu se dessinait une surface grande comme un liard, indice de la fluctuation ; la percussion de même que la méthode d'auscultation recommandée par Okuneff révélèrent que toute l'apophyse mastoïde était affectée. Pouvoir auditif normal à droite, à gauche 0 pour la montre, les sons du diapason profond ne parviennent qu'à travers les os, les sons élevés par la conduction aérienne Weber +, Rinne à gauche.

Après le détachement des parties molles, on retira avec un peu de difficulté le périoste faiblement épaissi au moyen de l'élévateur, et c'est seulement après l'ablation totale de l'écorce

que la carie étendue apparut ; on trouva dans l'antre une petite quantité de pus épais, mais de nombreuses granulations fongueuses. Lorsque toutes les parties malades eurent été extraites, on bourra la plaie de gaze iodoformée, mais par suite des deux heures d'anesthésie, le malade passa une nuit tant soit peu agitée (l'opération avait duré de 6 à 8 heures du soir), le matin il se trouva bien et se leva. Cinq jours après, le 16 novembre, on renouvela le premier pansement, l'oreille était parfaitement sèche, et l'ouïe était tellement améliorée que la montre était perçue à 5 centimètres, Rinne + pour les sons élevés du diapason et — pour les sons bas. Le 19 novembre on changea de nouveau le pansement, le malade quitta l'hôpital et revint se faire soigner à la consultation.

Dix jours se sont écoulés jusqu'au moment de la présentation, le malade est tout à fait bien, son teint s'améliore journellement et l'on espère en une guérison complète au bout de quelques semaines avec cicatrisation de la plaie opératoire. La destruction colossale de l'apophyse mastoïde démontre au mieux quels ravages peut causer l'influenza.

L'intérêt de ce cas consiste en ce que l'influenza s'installa d'abord dans le conduit auditif, et que si l'affection de la caisse était égale des deux côtés, un traitement bilatéral analogue n'a totalement guéri que le côté droit, tandis que l'apophyse mastoïde gauche se prit ; malgré ces nouveaux accidents tardifs, le malade n'eut de fièvre que dans les premiers jours, ensuite il en fut débarrassé. L'opération avait été précédée de sensibilité au toucher et de douleurs spontanées dans la mastoïde gauche mais depuis l'intervention la plaie est insensible même lorsqu'on appuie fortement.

Discussion.

Krepuska. A ma connaissance, ce n'est que très rarement que les otites moyennes suppurées aiguës, surtout dues à l'influenza, lorsqu'elles sont soignées d'une façon rationnelle donnent lieu à des inflammations mastoïdiennes. Il faut admettre que chez le malade de Szenes, la rétention purulente qui est survenue pendant les quatre semaines d'interruption du traitement a favorisé l'affection de la mastoïde qui ne pouvait guérir que par une opération.

Bokkk. Dans ce cas on doit attribuer l'origine de la maladie à l'influenza qui provoque l'otite moyenne et peut aussi se pro-

pager plus loin ; on ne sait pas exactement jusqu'à quelle profondeur. D'habitude elle se borne à la cavité tympanique, très rarement elle pénètre dans l'antre. Je m'en tiens à l'idée que par un traitement approprié, nous pouvons guérir l'otite de l'influenza sans opération, et si l'otite gagne l'antre, c'est que le malade est coupable de négligence ou que l'on a commis une erreur de traitement.

En ce qui concerne l'opération dans ce cas, elle a parfaitement réussi.

BIBLIOGRAPHIE

Audition, par Gellé (*in Dictionnaire de physiologie* du professeur Richet).

Il suffit de rappeler la compétence de l'auteur en matière d'otologie, ses nombreuses et patientes recherches dans le domaine de cette branche spéciale pour convaincre de l'importance de ce travail quiconque s'occupe d'audition.

M. G. donne d'abord quelques notions générales d'acoustique indispensables à quiconque veut entrer dans les détails du fonctionnement de l'organe de l'audition. A signaler ici son appareil ingénieux servant à mesurer la durée de l'excitation nécessaire à l'audition. Après les qualités du son, hauteur, intensité, timbre, l'auteur étudie les harmoniques de la voix, le rôle d'appareils de résonnance attribué aux cavités pharyngées, nasales et buccales. Nous ne le suivrons pas dans ses développements sur la parole articulée, et nous arrivons ainsi à la physiologie de l'organe auditif.

D'accord avec le plus grand nombre des physiologistes, M. G. accorde au pavillon un rôle important dans l'orientation au bruit, et motive cette opinion sur des expériences personnelles. Le conduit auditif externe est un tuyau plein d'air ayant une résonnance particulière et faisant à son tour ressortir quelques harmoniques ; la douceur des sons transmis tient à la constitution même du canal fibro-cartilagineux, élastique dans sa portion externe, et osseux seulement à l'intérieur ; les courbures

n'ont aucune action sur l'audition. Chaque oreille veille sur une partie séparée de l'horizon, et pour montrer quel degré de finesse les oreilles possèdent et quelle faible différence entre deux sons suffit à les latériser à droite ou à gauche, M. G. a recours à l'expérience suivante :

Un tube interauriculaire est adapté aux deux méats et son anse est passée derrière le sujet ; au milieu de celle-ci un trait est tracé ; le diapason passe t-il à droite ou à gauche de ce trait médian, le sujet annonce que le son est perçu par l'oreille droite ou par la gauche immédiatement, comme si l'on pinçait le tube du côté opposé.

Indépendamment des vibrations de l'air extérieur, l'air du conduit est ébranlé aussi par les vibrations des solides de la tête. Passons des expériences intéressantes pour arriver à l'oreille moyenne.

Etudiant le mode de transmission de la vibration à travers la caisse du tympan, l'auteur expose le rôle et les qualités spéciales de la membrane du tympan. Le manche du marteau a réuni et comme canalisé les ondes sonores récoltées par le tympan, et les propage aux osselets jusqu'à la platine de l'étrier ; la chaîne oscille comme un corps rigide, faisant ainsi un seul mouvement de totalité, transversal. M. G. ne pense pas que cette opinion suffise pour comprendre la faible étendue des déplacements subits par l'étrier, alors que certaines ondes aériennes ont un mètre et plus de longueur ; il croit qu'il s'ajoute à la théorie proposée cette condition toute spéciale de la propagation des sons par les solides, qui consiste dans la déformation insignifiante que subissent les tiges solides par le passage des vibrations longitudinales. Ainsi, de la sphère aérienne énorme où l'oreille a puisé les vibrations, l'appareil de transmission les a isolées, concentrées, et atténuées pour les mettre en rapport avec l'organe sensible. Pour l'auteur, le léger mouvement par lequel l'étrier glisse dans la fenêtre ovale n'excède pas 1/10 de millimètre. Les ondes sonores entrent dans le labyrinthe par une seule voie, par l'étrier, elles n'empruntent donc pas la voie de la fenêtre ronde.

Nous passons les paragraphes sur la mobilité de la chaîne des osselets, l'axe de rotation, les ligaments du marteau, les mouvements du manche du marteau et du tympan se communiquant à l'enclume et, par cet osselet, à l'étrier, et nous arrivons aux mouvements de l'étrier, que l'auteur a étudié avec un attachement particulier, dont le résultat a été la découverte de

Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal, par le Dr Marcel LERMOYEZ (*Bibliothèque de Thérapeutique médicale et chirurgicale* de Dujardin-Beaumetz et Terrillon. Paris, 1896. O. Doin, éd. 2 vol. d'environ 400 pages avec 146 fig.).

Œuvre essentiellement personnelle, fruit de minutieuses observations et d'une expérience déjà grande, le travail de Lermoyez ne ressemble en rien aux traités didactiques rhinologiques. Un double but a présidé à la conception de cet ouvrage et a été réalisé de tous points par l'auteur : 1° établir d'une façon nette la technique à suivre dans notre spécialité ; 2° préciser les indications thérapeutiques de chaque affection et réglementer e traitement qui leur est applicable. Le mérite de L. est d'avoir dégagé et posé des règles fixes au milieu du chaos qui règne, il faut bien le dire, en rhinologie, où tout est incertain et variable dans les méthodes thérapeutiques, les procédés opératoires. De sa plume est sorti un véritable code rhinologique. Rien de théorique dans ce livre, composé uniquement en vue de la pratique ; le débutant ne pourra arguer désormais des difficultés de technique qui lui défendent les abords de notre spécialité, toutes lui sont nettement exposées et aplanies ; le spécialiste y trouvera des vues ingénieuses, des aperçus originaux, et, par dessus tout, ce qui nous manque peut-être le plus : la méthode.

Quatre parties composent cet ouvrage. La première est peut-être la plus intéressante, à coup sûr la plus neuve. Elle est consacrée à des généralités qui n'existent pas ou sont à peine ébauchées dans les traités. C'est tout d'abord la question de l'éclairage en oto-rhino-laryngologie, où la vue joue un rôle si important. L. passe en revue toutes les conditions nécessaires pour obtenir un éclairage aussi parfait que possible ; quelques principes élémentaires d'optique, des schémas très simples, une étude complète des miroirs faciliteront singulièrement à ce point de vue les premiers pas des rhinologistes. Suit un chapitre qui a trait à l'anesthésie. Spécialistes et médecins y trouveront tout ce qu'ils doivent savoir sur l'action physiologique, le mode d'administration, les accidents, les indications, les doses maniables de chaque anesthésique. Le bromure d'éthyle sera donné selon la méthode *apsychique*, ainsi que la désigne l'auteur ; suivent plus loin des conseils très utiles sur l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local. Nous n'insistons pas sur

l'asepsie en rhinologie qui a déjà fait l'objet d'un travail de L. dans ces *Annales*.

Le chapitre qui traite de l'électrothérapie sera lu avec le plus grand intérêt, car, outre le cachet personnel que lui a imprimé l'auteur, il présente une réelle originalité; ce sera la partie la plus appréciée des spécialistes et des médecins. Cette question d'électricité médicale qu'on ne trouve traitée nulle part et qu'on n'entrevoit qu'à travers de longues formules est ignorée de beaucoup d'entre nous. Sachons donc gré à L. de nous avoir donné et d'avoir su condenser en une soixantaine de pages toutes les notions qu'il nous est indispensable de connaître en électrothérapie. Point de formules ni d'appareils compliqués, une seule loi qui régit tout, la loi de Ohm. De nombreuses comparaisons, des faits très élémentaires nous font comprendre la définition des mesures électriques de leur application à la médecine. Avec quelques exemples très simples, L. nous fait résoudre tous les problèmes d'électricité pratique qui se posent à chaque instant : rougir un cautère, allumer la lampe à incandescence d'un photophore, pratiquer la galvanisation d'un muscle. Plus loin, l'auteur passe en revue les dispositions générales à toute installation électrique utilisée en rhino-laryngologie : il étudie la question des sources d'électricité, nous montrant la théorie des accumulateurs, l'utilisation des courants urbains. A chaque page, ce sont des conseils utiles, des précautions à prendre dans notre pratique journalière. L. s'attache à nous éviter toutes les fautes que nous sommes si souvent exposés à commettre et dont le résultat est la détérioration rapide des appareils et quelquefois des accidents plus sérieux.

Toutes ces notions pratiques posées, L. montre l'application de l'électricité à la cautérisation, à l'éclairage, au mouvement, à l'électrolyse, etc. Tous les principes élémentaires de la cautérisation sont longuement développés et il est vraiment difficile, après cette lecture, de ne pas avoir des idées générales et précises sur les sources électriques que l'on utilise, sur le fonctionnement des appareils que l'on emploie et sur les accidents qui peuvent survenir. Un exemple fréquent, dont la clef nous échappe souvent : tout est prêt pour une opération, le cautère ne rougit pas ou s'éteint. L. nous apprend à faire le diagnostic de la cause du non-passage du courant et donne un moyen pratique très simple pour déterminer quel est le point faible du circuit. A lire avec beaucoup de fruit tout ce qui a trait à l'éclairage. Un paragraphe spécial est réservé aux moteurs électriques

question toute d'actualité. Enfin, l'électrolyse est traitée d'une façon complète, le principe, l'action et le mode d'application de cette méthode, sont longuement exposés. Après un chapitre sur la galvanisation, le massage vibratoire termine cette première partie.

La seconde partie de l'ouvrage concerne la thérapeutique des maladies des fosses nasales, la troisième, des maladies des sinus de la face et la quatrième, du pharynx nasal. A propos de chacune de ces cavités, L. donne des indications pratiques sur la technique et l'exploration, insistant sur les difficultés d'examen, l'aspect normal de ces diverses parties, leur nettoyage, l'application locale des médicaments, la cocaïnisation, et de nombreuses considérations générales sur la cautérisation et les opérations courantes.

Chaque affection est précédée d'un court exposé symptomatique suivi du mode de traitement. Non seulement, le manuel opératoire de chaque intervention est minutieusement décrit, mais aucun détail n'est négligé dans les soins à prendre avant, pendant et après l'opération ou le pansement. Tout serait à citer dans cette thérapeutique spéciale. Pour ne pas sortir du cadre d'une analyse, disons que l'attention est surtout appelée sur l'emploi du trépan électrique dans les résections des éperons et crêtes de la cloison : c'est le traitement de choix à cause de sa rapidité, de sa facilité et de son indolence.

Le chapitre des rhinites chroniques est l'objet d'un long développement ; l'auteur insiste sur le grand rôle que jouent les diathèses, et il a l'occasion de montrer là ses connaissances en pathologie générale. La cautérisation galvanique appliquée à la rhinite hypertrophique est bien décrite. Plus loin, une étude de la syphilis nasale et enfin le manuel opératoire de l'ablation des polypes muqueux.

Dans la partie réservée aux sinus, on lira avec intérêt toutes les nouvelles méthodes chirurgicales des sinusites frontales et maxillaires. Ces dernières sont l'objet d'une étude clinique et d'indications opératoires très précises, sous forme de schèmas. L. préconise la voie alvéolaire et il expose longuement la technique qu'il emploie.

A propos du pharynx nasal, L. développe tous les moyens d'exploration, avec schémas et étude très intéressante de la rhinoscopie postérieure et du toucher rhino-pharyngien. L'adénoïdite, question toute d'actualité, est l'objet d'une description détaillée. Enfin, l'auteur termine par un chapitre sur lequel il

s'appesantit longuement : les végétations adénoïdes. On y trouvera ses travaux récents et la grande discussion sur les végétations tuberculeuses dont il a établi le premier un type clinique bien défini. Il était difficile de mieux mettre au point la question de ces tumeurs, objet de tant de controverses et de mieux fournir les indications thérapeutiques qu'elles réclament.

Ces deux volumes, écrits dans une langue extrêmement concise, élégante et imagée, sont parsemés de schémas et de figures indiquant les principaux instruments employés en rhinologie; ils constituent un des meilleurs traités de thérapeutique qu'ait produit la littérature spéciale française, dont la lecture s'impose au même titre qu'un traité de pathologie médicale, et dont une analyse ne donne qu'une imparfaite idée.

G. LAURENS.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Influence du séjour au bord de la mer sur les affections du nez, de la gorge et des oreilles, par H. LAVRAND (*Arch. intern. de lar. rhin. otol.* Tome VIII. N° 6, p. 346. Novembre-décembre 1895).

Le travail de l'auteur ne vise que les stations maritimes du nord de la France et du littoral belge : ce sont des plages froides et dures, qui donnent de bons résultats dans le traitement des affections chroniques du nez, de la gorge et des oreilles, à condition qu'on en excepte :

1° Les oreilles qui suppurent constamment ou par intermittences.

2° Les otites scléreuses avec bourdonnements d'oreille.

3° Les affections du nez et de la gorge chez les individus sujets aux congestions tuberculeuses et laryngées, ou les arthritiques excitables.

M. LERMOYEZ.

Ablation de la membrane du tympan et des osselets, par F. Buller de Montréal (*Medical record*, 1895, vol. II, p. 386).

B. montre les avantages de l'ablation du tympan et des osselets dans les otites avec lésions osseuses. Faite par le conduit auditif externe cette opération est facile et exige à peine un jour de repos. L'écoulement beaucoup plus aisé est une bonne condition pour tarir la suppuration. Les lavages antiseptiques deviennent beaucoup plus efficaces. L'ouïe, quand il n'existe pas de complication labyrinthique, est très améliorée. D'ailleurs, ces otites non opérées sont une source permanente de danger pour la vie. Elles sont souvent suivies de méningites. La cause de ces méningites est souvent méconnue. Assez fréquemment même ces méningites elles-mêmes sont la source d'erreur de diagnostic et prises pour des fièvres typhoïdes. L'opération supprime ce danger permanent. A. F. PLICQUE

Abcès latent du cervelet consécutif à une otite chronique suppurée. Trépanation. Mort, par L. Monnier (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII. N° 6, p. 311. Novembre-décembre 1895).

Intéressante observation qui mène l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Lorsqu'après une trépanation suivie d'une amélioration réelle, on voit survenir des accidents cérébraux, mais sans phénomènes de localisation dans les hémisphères cérébraux, c'est vers le cervelet qu'il faut chercher le pus ;

2° La brèche osseuse devra, dans ce cas, être faite en arrière ; elle intéressera vraisemblablement le sinus latéral ; mais, un caillot fibrineux permettra assez souvent de passer sans trop d'hémorrhagie ;

3° Cette brèche devra également se diriger en bas, attendu que le cervelet est placé en déclivité dans le décubitus dorsal, et que, par là même, l'écoulement du pus se fait difficilement.

M. LERMOYEZ.

Ouverture large attico-mastoïdienne pour une ostéite fongueuse ancienne, avec énorme masse cholestéatomateuse. Mort par suite d'un abcès cérébelleux diagnostiqué avant l'autopsie, par Andérodias (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII. N° 6, p. 330. Novembre-décembre 1895).

Homme de 32 ans atteint d'otorrhée droite depuis trois ans ;

ressent depuis quinze jours de violentes douleurs au niveau de l'occiput. Un stylet porté dans la caisse pénètre dans une vaste cavité osseuse d'où un lavage avec la canule d'Hartmann fait sortir une grande quantité de masses nacrées d'odeur repoussante. Le 3 mai, Luc pratique l'opération de Zaufal, enlève la presque totalité de la paroi externe de l'apophyse et met à nu une masse cholestéatomateuse du volume d'une noix : curettage soigneux, au cours duquel se produit une paralysie faciale. Deux jours après, le malade est pris de vertiges et de vomissements : et le 20 mai il succombe après un court coma.

Luc admit que la mort était due à un abcès du lobe droit du cervelet, fondant le diagnostic d'abcès sur la céphalée intense, sans élévation thermique, et le diagnostic du siège sur les vertiges, les vomissements, sur l'absence de principaux symptômes méningitiques et sur le fait qu'au moment de l'opération, il avait constaté une perforation de la paroi postérieure de l'antre mastoïdien, laissant le sinus latéral à découvert, région par laquelle il est aujourd'hui bien établi que se fait l'infection du cervelet dans le cours des otites suppurées.

L'autopsie confirma absolument ce diagnostic. De l'hémisphère cérébelleux droit s'échappèrent quatre cuillerées de pus fétide. Il n'y avait ni abcès extra-dural ou cérébral, ni lésion du sinus latéral. Le rocher présentait deux perforations : l'une, grande comme une lentille, située immédiatement en dedans du sinus latéral et par laquelle le cervelet avait été infecté ; l'autre, de dimension double, occupant le toit de la caisse, mais, grâce à la protection de la dure-mère, n'ayant pas infecté le lobe temporo-sphénoïdal.

L'examen bactériologique dénota un abcès à pneumocoques.

A noter dans cette intéressante observation la faible réaction provoquée par cette destruction presque totale du lobe droit du cervelet, se traduisant seulement, pendant des semaines, par des douleurs occipitales sourdes, compliquées à la fin de vertiges, de vomissements ; à noter aussi le caractère foudroyant du dénouement, puisque la céphalée intense révélatrice ne s'était montrée que le matin même de la mort. M. LERMOYEZ.

Sur la thrombose du sinus transverse d'origine otitique, par GRADENIGO (de Turin) (*Archivio Italiano di otologia, rinologia e laringologia*, ann. III, fasc. 4, 1895).

L'auteur fait remarquer que si la technique opératoire des

complications intra-crâniennes de l'otite moyenne purulente est désormais bien établie grâce aux nombreux travaux qui ont paru sur ce sujet dans ces derniers temps ; il n'en est pas de même pour le diagnostic précis qui laisse encore à désirer. Il serait donc à souhaiter que chaque cas nouveau fut publié. C'est pour cette raison que le Prof. Gradenigo a cru devoir rapporter les trois observations suivantes que nous ne pouvons que résumer succinctement ici.

Observation I. — Homme, 59 ans. Otite moyenne purulente gauche suivie de mastoïdite avec abcès sous-périosté. L'abcès est ouvert, il reste une fistule, et dix mois après le début le malade se présente à la clinique.

On constate alors : aspect cachectique ; faiblesse générale très grande ; pupilles égales, rien à l'ophthalmoscope ; vaste tuméfaction avec fluctuation profonde sur la moitié postéro-supérieure de l'apophyse et les parties voisines. Pas de fièvre.

Une première opération est pratiquée au cours de laquelle on trouve la veine mastoïdienne thrombosée et en ouvrant son canal, on arrive sur le sinus également thrombosé qui n'est pas ouvert. Les suites de cette opération furent bonnes.

Comme il restait une suppuration abondante du côté de la nuque où la peau était décollée, on fit une deuxième opération ayant pour but d'ouvrir largement cette cavité.

A la suite de cette seconde intervention, qui eut lieu un mois après la première, l'état s'aggrava et le malade mourut deux jours après.

Autopsie. — Thrombose du sinus transverse gauche ; infiltration du pus sous la pie-mère. — Œdème de la substance cérébrale. — Rien dans les ventricules. — Foyer purulent dans le cervelet, à la base de l'hémisphère gauche, près du bulbe, gros comme une noisette.

L'auteur fait remarquer que cet abcès du cervelet n'avait donné lieu à aucun symptôme pendant la vie. Il pense qu'en face d'une thrombose du sinus, il y aurait lieu d'explorer la région du cervelet. Il se demande quelle influence a pu avoir la seconde opération, en réalité, peu importante ? Les quelques coups de maillet qui furent alors donnés sur la pointe de l'apophyse, ont-il pu déterminer la rupture de cet abcès, comme l'ont prétendu quelques auteurs ?

Observation II. — Il s'agit d'une femme de 55 ans, amenée à la clinique dans un état très grave ; perte de connaissance, collapsus, etc. Cette femme a une otorrhée à droite depuis 12 ans. Elle

se plaignait, dernièrement, de douleurs dans la moitié de la tête. L'état de la malade devint de plus en plus grave et elle mourut au bout du deuxième jour.

Autopsie. — Pachyméningite hémorrhagique. Sinus latéral droit thrombosé. Abcès extra-dural. L'infection s'est propagée à la cavité crânienne par le tegmen tympani qui est carié et présente une petite perforation et, de plus, par le sinus sigmoïde.

Observation III. — Homme 37 ans — otite moyenne purulente aiguë datant de un mois — mastoïdite et abcès sous-périosté datant de huit jours.

1° Antrectomie. L'état du malade s'aggrave.

2° Couronne de trépan mettant à nu le sinus transverse qui est thrombosé. Ablation du thrombus. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

Dans ce cas les seuls symptômes constatés furent la fièvre et la rigidité de la nuque. Il n'y eut ni frissons, ni aucune différence de replétion des veines superficielles du cou, etc.

H. du F.

Morbo-syndrôme et vertige de Ménière. Neurasthénie et vertiges. Vertiges auriculaires. Diagnostic différentiel, par le Prof. V. Cozzolino (de Naples) (*Gazzetta medical di Roma* 1895).

Le Prof. V. Cozzolino a consacré six leçons pendant l'année scolaire 1894-1895 à l'étude du syndrôme de Ménière et au diagnostic différentiel des vertiges. Tout ce qui a trait à cette question y est donc approfondi. Nous ne pourrons à regret que signaler ici les points principaux de cet important travail en suivant l'ordre même des différentes leçons.

L'auteur donne d'abord l'observation d'un cas clinique type concernant une jeune fille de 14 ans. Il retrace ensuite l'historique de la découverte de la congestion apoplectiforme du labyrinthe et définit très exactement ce que l'on doit seulement appeler « Syndrôme de Ménière ».

Dans la seconde leçon il expose les formes de cette maladie, les symptômes précurseurs et leur importance diagnostique, les caractères cliniques, la marche, la durée et les résultats des recherches anatomo-pathologiques.

Dans la troisième leçon il examine les diverses variétés de vertiges et donne les caractères propres à chacun d'eux : vertige labyrinthique, auriculaire simple, épileptique, a stomaco lœso.

Il étudie ensuite le mal de mer, qui est pour lui un trouble

fonctionnel des ampoules des canaux semi-circulaires, les vertiges d'origine toxique, cérébrale, neurasthénique, laryngée, nasale... etc.

Dans la cinquième leçon il passe en revue les caractères différentiels de ces vertiges et l'influence de la neurasthésie sur leur développement. Il décrit l'oto-neurasthénie pulsatile, qu'il considère comme une branche de la neurasthénie angio-paralytique, et qui donne lieu à des battements dans diverses régions, creux épigastrique, tympan, etc...

Il termine par l'étude thérapeutique de ces différents vertiges.

En résumé, les leçons du Prof. V. Cozzolino forment un ensemble complet, sur tout ce qui peut intéresser l'otologiste et le médecin sur la question si vaste des vertiges. On y trouvera très clairement et très savamment résumées toutes nos connaissances actuelles sur ce sujet. H. DU F.

II. — *NEZ ET SINUS*

Les maladies du nez et de la gorge comme cause de gastrite chronique glandulaire, par FENTON TURCK, de Chicago (*New-York méd. journal*, 23 novembre 1895).

T. démontre par une série de faits cliniques la fréquence des inflammations chroniques gastro-intestinales chez les sujets atteints d'affections de la bouche et du naso-pharynx. Ce fait clinique est confirmé par ce fait bactériologique que les micro-organismes trouvés dans la gastrite sont les mêmes que ceux qui entrent dans la bouche et le naso-pharynx. Dans quatre cas on obtint des cultures pures des micro-organismes suivants, pneumo-bacille de Friedlander, streptocoque, staphylocoque aussi bien par le mucus du naso-pharynx que par celui de l'estomac. L'examen bactériologique du mucus de l'estomac sain, quoique montrant de nombreux micro-organismes, ne montre pas, en général, ces espèces pathogènes. D'ailleurs, les mêmes micro-organismes peuvent être dans le naso-pharynx tantôt inertes et tantôt pathogènes, comme le montrent les résultats des inoculations sous-cutanées ou extrapéritonéales.

A. F. PLICQUE.

Polypes muqueux des fosses nasales, par Lacoarret (*Annales de la policlinique de Toulouse*, octobre 1895).

L'auteur relate deux observations intéressantes de polypes du nez.

Dans le premier cas le polype était unilatéral, unique, et d'un volume tel qu'il obstruait complètement la fosse nasale gauche, et les choanes des deux côtés. Il ne put être éloigné qu'après qu'on eut préalablement morcellé la partie antérieure par la voie antérieure, et l'extrémité pharyngienne par la voie buccale, après l'avoir dégagée au moyen du releveur du voile.

La seconde observation a trait à un polype qui s'est sphacélé, fait qui paraît provenir du traumatisme qui résultait des efforts faits par le malade pour désobstruer les narines en se mouchant violemment ; il y a eu torsion ou déchirure partielle du pédicule.

L. Egger.

Du polype dit hémorrhagique du septum nasal, par le Dr W. Freudenthal (*Annals of ophthalmology and otology*, vol IV, n° 3, juillet 1895).

On sait que, sous la dénomination de « polype hémorrhagique », on entend une tumeur siégeant, en général, sur la portion antérieure du septum. Cette tumeur, qui n'est pas un polype, mais un angiome ou une de ses variétés, a été décrite d'abord par Victor Lange et Schadewaldt. Elle semble être rare, si l'on considère le nombre restreint des observations publiées jusqu'ici, (à peine une vingtaine). Bien qu'elle ait été rencontrée le plus souvent chez des femmes, l'auteur fait remarquer qu'elle n'est pas en relation avec les troubles de la menstruation, et que la véritable cause doit être rapportée aux traumatismes.

L'auteur donne ensuite la relation d'un cas qu'il a pu observer avec soin.

Il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans, ayant des épistaxis depuis huit mois. Elle attribuait la cause de ces saignements de nez très abondants et très souvent répétés à une chute de voiture. Sur la partie antérieure du septum on pouvait voir une petite tumeur ronde, rouge bleuâtre, qui saignait au moindre attouchement. Cette jeune fille devint très anémique, et, de plus, elle s'affecta moralement, s'imaginant que cette tumeur était un cancer. Sa sœur, en effet, était morte, deux ans auparavant, d'un sarcôme de l'amygdale.

La tumeur fut détruite par la cautérisation au galvano-cautère et la guérison s'en suivit.

L'examen microscopique de quelques parcelles de cette tumeur démontra que sa structure était celle d'un angio-fibrôme.

H. DU F.

Sarcôme des fosses nasales. Ligature des deux carotides externes Grande amélioration, par M. Lederman, (de New-York) (*Médical record*, 1895, vol. II, p. 77).

L'extension du sarcôme ne permettant pas l'ablation directe, on fit la ligature des deux carotides externes. La tumeur, au bout de trois mois était dans sa portion nasale diminuée des deux tiers. Elle était moins vasculaire, plus fibreuse, ne saignait pas. Le malade avait augmenté de vingt livres. Cette amélioration était telle qu'on renonça à l'opération radicale redevenue possible par la diminution.

L. rapporte deux autres observations ; la première est de Van Buren qui lia seulement la carotide droite. Le malade mourut le quatrième jour, mais le sarcôme avait déjà notablement diminué. La seconde est de Jarvis qui fit la ligature des deux carotides, réséqua le maxillaire supérieur et obtint la guérison.

A. F. PLICQUE.

Un cas de fibrôme de la fosse nasale gauche, par Ch. Knight (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1895).

Il s'agissait d'un homme de 21 ans, présentant les symptômes d'un catarrhe nasal persistant depuis plusieurs années. A l'examen des cavités nasales, on put voir dans la fosse nasale gauche une tumeur ronde, pédiculée, implantée sur le cornet moyen. Elle était d'une couleur plus foncée et d'une consistance plus dure que les polypes muqueux ordinaires. Elle fut enlevée facilement à l'anse froide.

L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Jonathan Wright, montra que cette tumeur était un fibrôme pur, sans trace de tissu myxomateux ou autre.

H. DU F.

Sur le diagnostic et le traitement des suppurations chroniques du sinus frontal, par Schech (*Archiv. für Laryng. u. Rhin.* Bd. III, Heft 1-2, p. 165).

L'empyème chronique latent du sinus frontal, la sinusite

pyorrhéique ou blennorrhéique de Kuhnt a des symptômes subjectifs et objectifs: la céphalée révèle le plus souvent le type de la névralgie sus-orbitaire violente, continue et moins vive ou paroxystique. Elle peut cependant manquer totalement.

L'accumulation de pus dans la cavité par suite d'obstruction du conduit, de la position (décubitus latéral ou dorsal) au travail, du séjour dans une atmosphère chaude, de l'usage du tabac, des alcools, exacerbe la douleur. Kuhnt invoqua en outre d'autres causes : irritation chronique du pus, sensibilité des parois osseuses, hypérémies des méninges, etc.

Mais ce n'est pas le symptôme caractéristique; plus importante est la sensibilité à la pression de la paroi antérieure et inférieure du sinus, et ce symptôme peut se retrouver aussi bien dans les cas rares et anciens, même en l'absence de douleurs spontanées. On peut, en outre, constater à la palpation des modifications de l'os et des parties molles: épaississement inflammatoire du périoste et même de la peau; saillie localisée de l'os, ces modifications surtout nettes à la paroi inférieure. La preuve de la transparence est très utile.

La rhinoscopie est assez variable, dans le cas récent, légère rougeur diffuse et épaississement de la muqueuse du cornet inférieur, dans les cas anciens, présence de granulations ou de polypes muqueux entre le cornet moyen et la paroi externe.

S. n'est pas partisan du lavage par les voies naturelles : absence de contre-ouverture, étroitesse de l'orifice, disposition irrégulière de la cavité, etc. Charge violente contre la méthode de Winckler : ouverture en passant entre le cornet moyen et le septum, qui conduirait surtout à travers la lame criblée vers la cavité crânienne, et ne fournirait en tout cas qu'un orifice étroit et mal situé et préconisation de l'ouverture par la paroi extérieure avec grattage et extirpation complète de la muqueuse du sinus.

PAUL TISSIER.

III. — *LARYNX ET TRACHÉE*

L'œdème du larynx en relation avec les maladies rénales, par CARMELO ABATE (*Archivio internazionale delle specialita medico-chirurgiche*, fasc. 3, mars 1895).

En mars 1893, l'auteur eut à soigner à sa clinique un malade qu'on lui amenait en toute hâte. Il s'agissait d'un homme de

40 ans, présentant les symptômes caractéristiques d'une sténose laryngée grave. L'examen laryngoscopique, prudemment pratiqué, fit reconnaître un œdème énorme de l'épiglotte et des plis ary-épiglottiques. Des scarifications furent faites séance tenante, non sans difficulté. La respiration devint peu a peu plus facile et la trachéotomie, qui semblait nécessaire au début, put n'être pas pratiquée. Les urines renfermaient une grande quantité d'albumine. L'auteur fait remarquer l'intérêt de cette observation au point de vue du diagnostic des causes de l'œdème du larynx. Cet œdème peut survenir dans beaucoup d'affections et apparaît plus fréquemment qu'on ne le croit, le larynx étant un organe où cette complication peut se manifester facilement. Il faut savoir le reconnaître, car la vie du malade dépend de la rapidité de l'intervention. H. DU F.

Œdème aigu du larynx d'origine palustre, par E. B. BAYLIE de Dayton (*Médical record*, 1895, vol. II, p. 714).

L'impaludisme peut jouer un rôle dans l'œdème du larynx et Jacob Arnold a même décrit cette forme spéciale sous le nom d'épiglottite miasmatique. B en rapporte un nouveau cas. Le mal graduellement progressif alla en s'aggravant, malgré des cautérisations avec la solution de chlorure de zinc à 2 °/₀, des astringents, des applications de glace. La trachéotomie allait s'imposer quand, en raison des paroxysmes presque périodiques, B. eut l'idée de prescrire la quinine à dose de un gramme par jour. Le résultat fut assez rapide dès la première dose pour que cette action spécifique démontrât la nature de la maladie. La fièvre céda aussi rapidement que l'œdème laryngé. A. F. PLICQUE.

Un cas d'œdème aigu primitif du larynx, par L. LÉVI ET LAURENS (*Arch. Gén. de médecine.* Décembre 1895, p. 736).

Les auteurs citent, avec examen laryngoscopique à l'appui, une curieuse et intéressante observation d'œdème aigu primitif du larynx survenu brusquement chez un homme de 35 ans à la suite d'un refroidissement assez vif contracté dans une cave. Le malade ne présentait ancune cause appréciable de cette altération qui, débutant par de la douleur amenait en un jour une dyspnée violente, la trachéotomie près d'être pratiquée ne le fut pas et le malade guérit en quelques jours. Pas d'albuminurie dans ce cas.

A. G.

Laryngite phlegmoneuse consécutive à une brûlure par inhalation de vapeurs médicamenteuses trop chaudes, par Brunetti (de Venise). (*Archivio Italiano di otologia, rinologia e laringologia*, ann. III, fasc. 4, 1895).

L'intérêt de cette observation réside dans le mécanisme de la brûlure. Il s'agissait d'un homme atteint de laryngite et auquel on avait prescrit des inhalations chaudes de créosote. Croyant bien faire, il plaça sa bouche aussi près que possible de l'appareil et inhala des vapeurs de créosote à une haute température. Peu de temps après des troubles respiratoires graves se manifestèrent. Sous l'influence de la cocaïne à haute dose et des pulvérisations au benzoate de soude l'état local s'améliora. Il existait une ulcération sur la face inférieure de l'épiglotte et deux autres sur les fausses cordes. Au bout d'un mois le malade était complètement guéri. H. du F.

Laryngite tuberculeuse. Leçon faite à la « Post-Graduate médical School » de New-York, par Ch. Knight (*International clinics*, vol. IV, série 4, 1895).

Cette leçon a pour objet l'étude des localisations de la tuberculose sur l'épiglotte. L'auteur montre à ses élèves un malade dont il retrace l'observation, et qu'il considère comme *probablement* atteint d'épiglottite tuberculeuse *primaire*, les poumons n'ayant été envahis que plus tard. Il recommande, pour calmer les douleurs si fréquentes dans ce cas, l'usage du menthol.

Il pense, en terminant, que si l'on était réellement en face d'un cas d'épiglottite tuberculeuse primaire, on serait en droit d'essayer l'excision de cet organe, comme on l'a déjà fait en Allemagne. On a observé, en effet, que les bandes ventriculaires, quand l'épiglotte n'existe plus, en remplissent les fonctions au moment de la déglutition. H. du. F

Condylome syphilitique de la trachée, par Harrison Griffin (de New-York). (*New-York méd. journal*, 1895, vol. II, p. 627).

Les faits de condylomes syphilitiques de la trachée sont assez rares. Dans le cas observé on voyait au laryngoscope pendant l'inspiration une masse volumineuse granuleuse irrégulière fissurée recouverte d'un enduit pultacé. Bien que le calibre fut rétréci la trachéotomie d'urgence parut un moment devoir s'impo-

ser. Mais un traitement ioduré intensif avec frictions mercurielles sur le cou amena en trois semaines la guérison.

A. F. PLICQUE.

Pseudo-coqueluche produite par un corps étranger du larynx chez une enfant de cinq ans. Expulsion du corps étranger. Guérison, par E. DE PRADEL (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII, N° 6, p. 351. Novembre-décembre 1895).

Le 4 juin 1894, une petite fille de 5 ans avale un caillou : durant la nuit, accès de toux rauque. Pendant deux mois il y eut des quintes de toux coqueluchoïde, s'accompagnant de vomissements glaireux ; le diagnostic de coqueluche fut porté à l'hôpital des Enfants Malades. Au bout de quatre mois, l'enfant, au plus fort d'une quinte, expectora un petit caillou de la forme d'un haricot ; à partir de ce moment la toux cessa. L'auteur pense que ce corps étranger a dû séjourner pendant tout ce temps dans un ventricule du larynx. L'absence d'examen laryngoscopique ôte à cette observation tout intérêt. M. LERMOYEZ.

Le syndrôme de la toux rauque et de la voix claire dans le croup, par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 2 janv. 1896).

S'observe assez généralement dans les laryngites diphthériques atténuées. Mais, dans des circonstances plus rares, la voix reste claire, lorsque les phénomènes de suffocation caractéristiques du croup ont apparu ; l'extinction de la voix ne doit donc pas entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'intervenir par le tubage ou la trachéotomie. Comment expliquer cette association qui paraît singulière au premier abord ? — Les résultats de trois observations avec examen nécropsique permettent de conclure que le syndrôme *toux rauque et voix claire*, correspond à une intégrité relative des cordes vocales et à des exsudats membraneux minces et circonscrits dans le vestibule du larynx et dans le premier segment de la trachée.

Pourquoi, en outre, dans les trois observations que cite l'auteur, y a-t il dans un cas seulement des phénomènes de suffocation imposant le tubage, le tirage ayant manqué chez les deux derniers, alors que les lésions anatomiques étaient fort semblables chez les trois malades ?

Il faut peut-être faire une part à l'excitabilité très variable de l'appareil nerveux laryngé, suivant les enfants. Ainsi, au-dessous de deux ans, les accès de suffocation sont plus fréquents qu'après

cet âge. L'élément spasmodique joue certainement un grand rôle dans la laryngite diphthérique. L. EGGER.

Sur un cas d'aphonie hystéro-traumatique, par les Prof. L. BIANCHI et F. MASSEI (*Archivi italiani di laringologia*, *Naples*. Octobre 1895).

Il s'agissait d'une femme de 25 ans, appartenant à une famille de névropathes. Personnellement elle ne présentait ni n'avait présenté jusqu'alors aucun symptôme nerveux. Elle vint consulter le Prof. Massei, se plaignant de raucité de la voix et de troubles divers de la respiration survenus depuis quelque temps.

L'examen laryngoscopique fit reconnaître une tumeur insérée sur la corde vocale droite. Après son ablation, qui fut facile, la malade resta aphone. La tumeur récidiva et une seconde opération fut pratiquée. L'aphonie persista alors même que la cicatrisation était complète et qu'il n'y avait plus trace de tumeur. L'examen microscopique de ce néoplasme a montré que l'on avait affaire à un fibrome ordinaire très vasculaire.

Le larynx était donc guéri, mais contrairement à l'attente du Prof. Massei, l'aphonie persistait. Pensant alors à un phénomène d'hystéro-traumatisme, il essaya successivement la suggestion à l'état de veille, la faradisation locale et générale, la galvanisation du nerf vague, des récurrents et des cordes vocales, la franklinisation, l'hydrothérapie, etc... Tout fut inutile.

D'un autre côté, la malade ne présentait aucun symptôme hystérique, aucun trouble de la sensibilité, du champ visuel, etc.

Ce fut alors que le Prof Bianchi tenta la suggestion hypnotique tant comme moyen de diagnostic que comme traitement. Il suggéra d'abord à cette personne qu'elle pourrait parler à haute voix pendant une heure, ce qui eut lieu en effet au réveil. Il augmenta progressivement la durée de la suggestion et à la quatrième séance il suggéra l'idée d'une guérison définitive. Le résultat fut complet et cinq mois après, cette dame continuait à parler à haute voix.

Les auteurs font remarquer que cette observation, à leur connaissance du moins, est la seule de ce genre qui ait été publiée jusqu'à ce jour. H. DU F.

Miroir laryngien désinfectable, par G. CHIUCINI (de Rome). *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso* (Florence, 1895, n° 11).

On sait que les miroirs laryngiens ordinaires sont difficile-

ment désinfectables, soit par la chaleur sèche, la chaleur humide, ou par les solutions antiseptiques, sans craindre d'altérer le tain de la glace. Pour remédier à cet inconvénient, le Dr G. Chiucini a fait construire un miroir dont le manche et la tige sont identiques à ceux des miroirs en usage. Le perfectionnement qu'il a apporté consiste en ce que le disque de verre est maintenu contre la plaque métallique par un anneau démontable. Il est alors facile de comprendre que, pour désinfecter l'instrument, il suffit de retirer le disque de verre, et que les parties métalliques, qui restent, peuvent subir impunément les différents procédés de désinfection. La surface de la glace est facilement désinfectée sans altérer le tain. Du reste, on peut avoir, pour plus de sécurité, plusieurs glaces pouvant s'adapter à la même monture. Ce perfectionnement très simple nous paraît très pratique et digne d'être recommandé. Nous souhaitons vivement que l'usage de ce miroir se généralise surtout dans les cliniques où tout particulièrement l'asepsie instrumentale doit être complète et rapide. H. DU F.

Le tubage du larynx, par Louis Martin (*Bulletin médical*, 8 et 11 déc. 1895).

Mémoire très intéressant et indispensable à lire pour les praticiens qui veulent se familiariser complètement avec la question du tubage au point de vue pratique.

I. *Indications.* — Dans tous les cas où le larynx paraît obstrué. Si l'on n'a pas une grande habitude du tubage, se tenir prêt à faire la trachéotomie.

II. *Instruments.* — Description complète des instruments à employer ; nombreuses figures expliquant le texte. L'auteur donne la préférence au tube court énucléable de Bayeux. Au pavillon Trousseaux, ces instruments sont maintenus constamment dans une poissonnière contenant une solution de borate de soude à 3 °/₀ ; on les fait bouillir chaque matin et après chaque opération.

III. *Comment doit-on procéder au tubage ?* — L'auteur en donne la technique précise, que nous renonçons à résumer ; c'est la description brève et complète de M. M. qu'il faut lire, en suivant toutes les phases de l'opération sur les figures qui les rendent si compréhensibles. Comme dans tout cathétérisme, il ne faut jamais de force, jamais de violence. Il est très rare qu'on ne parvienne pas à franchir l'obstacle produit par le

spasme de la glotte. Trois fois seulement sur 72 observations, il a fallu pour ce motif recourir à la trachéotomie.

Une fois le tubage pratiqué, si celui-ci a été nécessité par le spasme de la glotte, la dyspnée cesse aussitôt. Mais s'il s'agissait de fausses membranes, le tube peut être obstrué par ces productions. Alors, ou bien la membrane est rejetée par le tube, à la suite des efforts de toux, et l'enfant est soulagé ; ou bien on sera obligé de détuber. Dans ce second cas, il arrive qu'avec le tube on ramène la membrane qui l'obstruait.

Malheureusement, ce résultat n'est pas toujours obtenu, et le malade peut ne pas être soulagé par le détubage. L'auteur s'est bien trouvé dans les cas de ce genre de combiner le détubage avec des injections intra-trachéales d'huile mentholée qui lubréfie la membrane et provoque la toux. Ce procédé et la répétition des tentatives de tubage ne doivent naturellement s'adresser qu'à des enfants assez résistants encore pour pouvoir répondre à ces excitations et rejeter les fausses membranes. Chez un malade très déprimé il y aura lieu de songer à la trachéotomie, lorsque le tube sera obturé par des fausses membranes.

IV. *Soins consécutifs.* — Placer le petit malade dans une chambre saturée d'humidité, lui laver la bouche deux fois par jour avec une solution à 5 °/₀ de liqueur de Labarraque.

Lorsqu'après le tubage, tout se passe pour le mieux, qu'après trois jours révolus la température est au-dessous de 38° le matin, le pouls entre 100 et 120 et la respiration normale, on peut enlever le tube. Lorsque la fièvre persiste le troisième jour, il est rare que l'on ne puisse pas détuber le quatrième jour.

Si l'enfant rejette lui-même son tube, dans un accès de toux, le premier jour, et qu'il asphyxie, remplacer le tube rejeté par un tube de calibre plus fort. L'expulsion spontanée le troisième jour ne déterminant pas de dyspnée, ne réclame pas la réintroduction du tube.

Une fausse membrane peut venir obturer le tube, non seulement immédiatement après l'intubation, mais aussi quarante-huit heures après. Si l'enfant ne rejette pas la fausse membrane par le tube et qu'il asphyxie, on fait le détubage, chose facile depuis que M. Bayeux a imaginé le procédé de l'énucléation qui peut être pratiqué même par une infirmière. Suit la technique complète de l'énucléation du tube, que nous ne pouvons reproduire faute de place.

V. *Parallèle entre le tubage et la trachéotomie.* — L'auteur fait

le procès de la trachéotomie et considère cette opération qui ajoute un traumatisme grave à la maladie générale comme une intervention de nécessité.

VI. *Rapports de la sérothérapie avec le tubage.* — Le sérum antidiphthérique, qui a la propriété de désagréger les fausses membranes et d'en empêcher la reproduction, est venu naturellement affirmer la supériorité du tubage, en rendant beaucoup moins fréquente l'obturation du tube qui, auparavant, était la complication la plus grave de la nouvelle méthode.

M. M., à l'occasion de la sérothérapie insiste sur l'importance de l'emploi combiné du sérum de Roux et du sérum de Marmorek : Tout enfant, dit-il, qui a, en même temps que de la diphthérie, de la broncho-pneumonie, doit recevoir immédiatement, en injection sous-cutanée dans la région habituelle (les hypochondres), 20 cc. de sérum antidiphthérique et 10 cc. de sérum anti-streptococcique, et cela, même avant d'attendre les résultats de l'examen bactériologique.

VII. *Conclusions.* — Les chiffres recueillis dans le service de M. Sevestre sont les meilleurs arguments en faveur du tubage dans le croup :

1° Avant la sérothérapie, de 1887 à 1894, le nombre des interventions a été de 36 °/₀. Dans les six derniers mois, ce chiffre a été réduit à 14 °/₀.

2° Pour les opérés, la mortalité, de 1887 à 1894, était de 77 °/₀. Pendant ces six derniers mois elle est tombée au chiffre brut de 23,5 °/₀, et en défalquant les cas arrivés dans un état désespéré à l'hôpital, elle atteint 13,5 °/₀. L. EGGER.

Chute d'un tube d'O'Dwyer dans la trachée. Trachéotomie et extraction, par C. O. Mayo (de Rochester) (*Med. record.*, 1895, Vol. II, p. 641).

Le tube était resté en place 48 heures quand sa chute dans la trachée eut lieu. On dut faire la trachéotomie d'urgence sans même avoir de canule trachéale à sa disposition. Après l'extraction du tube, il fallut près d'une heure de respiration artificielle. L'enfant guérit malgré une broncho-pneumonie septique. Malgré la rareté de cette complication, son éventualité et la possibilité d'une trachéotomie ultérieure possible, méritent d'être signalées.

A. F. PLICQUE.

Deux cas de trachéotomie pour cellulite laryngée, par T. C. Evans de Louisville (*Med. record.* 1895, vol. II, p. 637).

Dans ces deux cas E. montre que le nom d'œdème de la glotte serait absolument impropre. C'est en effet sur le tissu cellulaire abondant des replis aryténo-épiglottiques, des bandes ventriculaires, de la face postérieure de l'épiglotte que portait l'infiltration. Il s'agissait d'ailleurs d'infiltration inflammatoire et non d'un simple œdème. E. croit d'ailleurs cet œdème localisé sans inflammation rare, et ne croit pas beaucoup dans tous ces cas de cellulite inflammatoire à l'efficacité des scarifications. L'intubation leur parait très inférieure à la trachéotomie.

A. F. PLICQUE.

Un cas de laryngectomie totale, par le Prof. Solis Cohen (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 1100.

Le malade, un homme de 48 ans, est amené d'Amérique pour être présenté à la section de laryngologie de la Bristish Medical Association. En 1876 un papillôme du larynx a été enlevé chez lui par Lefferts; en 1886 seulement il survint une récidive qui fut traitée sans succès par tous les moyens, enfin, en 1892, les troubles respiratoires et les douleurs obligèrent à recourir à la laryngectomie, la tumeur ayant traversé la paroi laryngée et faisant saillie dans le cou. Voici comment cette opération fut pratiquée : incision de la membrane hyo-épiglottique et section transversale au-dessous de l'épiglotte saine ; le larynx fut ensuite attiré, soigneusement séparé de l'œsophage jusqu'à la base du premier anneau de la trachée, enlevé avec cet anneau, et enfin fixé aux lèvres de l'incision. Un tube stomacal fut, de plus, introduit par la plaie, mais il ne fut d'aucune utilité et il était gênant. Durant quatre-vingts heures l'opéré fut sans cesse sous la garde de médecins et plus d'une fois il aurait succombé sans cela, les mucosités venant obstruer la trachée ; le tube stomacal fut rejeté la troisième nuit et laissé de côté depuis ; au bout de cinq jours l'opéré commence à se nourrir par la bouche et l'on pouvait parfaitement voir l'œsophage s'ouvrir pour recevoir les liquides. Le rétablissement s'est fait très simplement, l'opéré se porte toujours bien, il respire librement par sa canule, il parle bien et peut même chanter sans le secours d'une glotte artificielle qui n'a jamais été essayée ; seuls les efforts quelque peu considérables sont impossibles. M. N. W.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Bouche et Pharynx

G. Variot. Note sur l'angine diphthéritique atténuée ou bactériologique (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 21 février 1895).

L. Coën. De l'alalie idiopathique (*Rev. intern. de rhin. otol. et lar.*, 10 janvier 1895).

H. Mendel. De l'angine granuleuse (*Méd. moderne*, 27 février 1895).

Bardach. Etudes sur la diphthérie (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, n° 1, 1895).

G. Duchesne. Note sur quatre cas de diphthérie traités par la sérumthérapie (*Année méd. de Caen*, 15 février 1895).

Martha. La guérison définitive chez les diphthéritiques (*France méd.*, 1er mars 1895).

G. Variot. Observations sur les modifications de la température et du pouls consécutives aux injections du sérum anti-diphthéritique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, mars 1895).

G. Variot. Doit-on employer actuellement le sérum anti-diphthéritique comme procédé d'immunisation chez l'homme ? (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, mars 1895).

Couton et **Gasser.** Sur la recherche et la présence de l'albumine dans les urines d'enfants soumis aux injections de sérum anti-diphthéritique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 7 mars 1895).

A. Sevestre et **Meslay.** Note sur 179 enfants entrés au service d'isolement de la diphthérie à l'hôpital Trousseau du 1er au 25 décembre 1894 (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 7 mars 1895).

R. Meslay et **J. Vanverts.** De l'intubation du larynx dans le croup (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1895).

L. Guinon et **Rouffilange.** Un cas d'angine membraneuse traitée par le sérum de Roux. Mort avec anurie et convulsions urémiques (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1895).

Avellis. Le traitement médicamenteux des maux de gorge (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 janvier 1895).

P. Mermet. Syphilides bucco-pharyngiennes et abcès rétro-pharyngien (*Gaz. des hôp.*, 12 mars 1895).

H. Hartmann. Un cas d'exothyropexie pour un goitre suffocant (*Mercredi méd.*, 13 mars 1895).

P. Le Gendre. Réaction sérothérapique hyperthermique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.*, mars 1895).

J. Comby. La coqueluche à l'hôpital Trousseau (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 mars 1895).

L. Monnier. Gastrostomie chez un enfant de quatre ans et demi par le procédé Franck-Villar, pour remédier à un rétrécissement infranchissable de l'œsophage dû à l'ingestion de potasse liquide (*Gaz. des hôp.*, 14 mars 1895).

F. Mounier. De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorrhagie (*France méd.*, 15 mars 1895).

G. Variot. Le sérum antidiphthéritique est-il homogène ? (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 15 mars 1895).

Boisson. Un cas d'angine diphthéritique traitée par le sérum antidiphthéritique de Roux et suivie de mort (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 15 mars 1895).

Rappin. Résultats du traitement de 46 cas de diphthérie par la sérumthérapie (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1895).

J. M. Bleyer. La nucléine en tant que protéide protectrice ; son administration hypodermique aux différents stades de la diphthérie (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 février 1895).

Paillard. Etude sur la forme ganglionnaire et l'épithélioma latent du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage (*Thèse* de Paris, mars 1895).

L. Haskovec. Note sur l'examen microscopique des organes de trois lapins morts de cachexie thyréoprive (Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol. 22 mars 1895).

Tuffier. Traitement chirurgical du goitre exophtalmique (*Gaz. méd. de Paris*, 23 mars 1895).

L. Goujon. De l'atrophie des goitres par la mise à l'air et parallèle entre les opérations extra thyroïdiennes et les interventions intra-thyroïdiennes (*Thèse* de Lyon, janvier 1895).

Soulié. Le sérum anti-diphthéritique à Alger. Sur la technique de la préparation en grand du sérum anti-diphthéritique (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 février 1895).

M. Bourlier. Rétrécissement de l'œsophage par un kyste hydatique du poumon (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 février 1895).

E. Escat. De l'ablation de l'amygdale de Luschka ; indications et contre-indications (*Arch. méd. de Toulouse*, n° 3, 1895).

E. Gley et **A. Nicolas**. Premiers résultats de recherches sur les modifications histologiques des glandules thyroïdiennes après la thyroïdectomie (Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol., 29 mars 1895).

Beausoleil. Calcul de l'amygdale (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 17 février 1895).

Moussous. La diphthérie à l'hôpital des Enfants. 43 cas étudiés au point de vue bactériologique. 15 cas traités par le sérum anti-diphthéritique (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 mars 1895).

Rousseau Saint-Philippe. Diphthérie et sérumthérapie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 février 1895).

Thouvenet. Un cas de diphthérie infectieuse traité par les injections de sérum anti diphthéritique du D[r] Roux. Guérison (*Limousin méd.*, 1[er] janvier 1895).

Bérard. Régression du goitre exposé à l'air (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 31 mars 1895).

A. Le Dentu. De l'ostéotomie du maxillaire supérieur combinée avec la section de la cloison nasale, comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies (*Bull. méd.*, 3 avril 1895).

G. Variot. Quelques réflexions sur l'hyperthérémie consécutive aux injections de sérum anti-diphthéritique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 avril 1895).

A. Sevestre. Note sur quelques injections de sérum de cheval non immunisé (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 avril 1895).

Wehlin. Contagion de la diphthérie après la sérumthérapie (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 6 avril 1895).

Nicolas. Exothyropexie pour goitre suffocant (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 7 avril 1895).

Bouglé. Tumeur du corps thyroïde (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 1, janvier-février 1895).

P. Raugé. Les éléments du langage articulé (*La voix parlée et chantée*, mars 1895).

G. Variot. Observations de diphthérie associée à la tuberculose traitées par le sérum anti-diphthéritique et suivies de mort (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 11 avril 1895).

J. Nissim. Des troubles de la parole dans les névroses (hystérie, chorée, paralysie agitante) (*Gaz. des hôp.*, 13 avril 1895).

Tison. La sérothérapie dans la diphthérie et le diagnostic bactériologique des angines (*Journ. de méd. de Paris*, 14 avril 1895).

P. Mauclaire. Notes sur la situation de l'isthme du corps thyroïde par rapport à la trachée (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 3, 1895).

R. Couëtoux. L'isolement dans la diphthérie (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 20 avril 1895).

Bérard. Cas d'actinomycose péri-laryngo-œsophagienne (Soc. des sc. méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 21 avril 1895).

Porquet. Note sur 13 cas de diphthérie traités par la sérumthérapie (*Année méd. de Caen*, 15 avril 1895).

R. du Castel. Lymphangiectasies de la muqueuse buccale (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, avril 1895).

Romniceano. La sérothérapie anti-diphthéritique. Accidents (*Mercredi méd.*, 24 avril 1895).

L. d'Astros et **Engelbardt**. La sérothérapie de la diphthérie à Marseille à l'hôpital de la Conception (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 26 avril 1895).

J. Sendziak. Cas extraordinaire de syphilis des amygdales (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er mai 1895).

F. Balzer. Myxœdème traité par l'ingestion de corps thyroïde (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, 20 avril 1895).

H. Feulard. Pyodermite impétigineuse de la face ; stomatite ; adéno-phlegmon du cou ; albuminurie (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, 20 avril 1895).

G. Dieulafoy. Tuberculose larvée des trois amygdales (Acad. de méd., séance du 30 avril, Paris 1895).

Durand. Contribution à l'étude de la thyroïdectomie partielle dans le goitre exophtalmique (*Thèse* de Paris, mai 1895).

Collet. Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres (*Thèse* de Paris, mai 1895).

A. Cartaz. Deux cas de lymphadénome de l'amygdale (Soc. franç. de lar. otol., Paris, 1er mai 1895).

A. Raoult. Des accidents inflammatoires de l'amygdale linguale d'origine dentaire et buccale (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 1er mai 1895).

G. Thibierge. Angine diphthéritique associée bénigne traitée par le sérum. Accidents toxiques (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mai 1895).

C. Fauvel. De l'emploi des solutions de chlorure de zinc dans les affections pharyngées et laryngées (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

H. Mendel. Amygdalite ulcéreuse chancriforme (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

E. J. Moure. De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

A. Castex. Exposé critique de quelques cas rares (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

M. Boulay. Sur deux cas de paresthésie du pharynx (Soc. franç. de lar. et otol., 4 mai 1895).

G. Dieulafoy. Prophylaxie et traitement des tumeurs adénoïdes et de l'hypertrophie des amygdales (Acad. de méd. de Paris, séance du 30 avril 1895).

P. Heymann. Adhérences et rétrécissements pharyngiens et laryngiens dans la syphilis (*Arch. int. de lar. rhin. et otol*,, mars-avril 1895).

Ch. Leroux. La stomatite aphteuse doit être dénommée stomatite herpétique (*Journ. de clin. et thérap. infant.*. 9 mai 1895).

G. Duriau. Technique de la sérumthérapie dans la diphthérie (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 11 mai 1895).

Baudriller. De l'angine granuleuse (*Thèse* de Paris, mai 1895).

Michel. Etude sur le diagnostic et le traitement de la diphthérie (*Thèse* de Paris, mai 1895).

V. Cornil. Tuberculose larvée des trois amygdales (Acad. de méd., séance du 14 mai, Paris 1895).

R. du Castel. Sur un cas de nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabès (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, 9 mai 1895).

G. Variot. Inefficacité du sérum anti-diphthéritique dans seize cas de diphthérie toxique suivie de mort (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 16 mai 1895).

NOUVELLES

Le Dr C. Poli a été nommé docent libre d'Oto-rhino-laryngologie à l'Université de Gênes.

Notre collaborateur et ami le Dr Corrado Corradi vient d'être nommé docent d'Oto-rhino-laryngologie à l'Université de Turin.

Le *British Medical Journal* annonce la mort du Dr A. Rühlmann, de Saint-Pétersbourg, spécialiste bien connu pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge.

Le Dr W. K. Simpson a été nommé chirurgien des maladies de la gorge à la *New-York Eye and Ear Infirmary*.

Le titre de Professeur a été décerné au Dr Hessler, privat docent d'Otologie, à Halle-sur-Saale.

Les Drs Sziotin et Szimanowski, professeurs extraordinaires à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, ont été promus professeurs ordinaires de médecine interne également chargés de la laryngologie.

Nous lisons dans le *Siglo medico* au programme des prix offerts pour 1897 par l'Institut médical de Valence que le Dr P. Casanova promet un ouvrage de médecine et le titre de membre honoraire à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant : *Complications crâniennes des otites suppurées réclamant une intervention chirurgicale*. Les mémoires écrits en espagnol, latin, français, portugais, anglais ou italien devront être adressés avant le 1er décembre prochain, au *secrétaire général*, D. Manuel Olmos, Santa Teresa 7, ou au *secrétaire des séances*, Cuarte 25 à Valence. Les prix seront décernés le 31 mars 1897.

La Section de laryngologie et otologie de l'Association médicale américaine a élu à Atlanta : *Président :* W. E. Casselberry (Chicago) ; *secrétaire :* B. D. Kyle (Philadelphie).

Dans une lettre adressée au *Siglo medico*, le Dr R. Botey, de Barcelone, annonce qu'il a été chargé par la section otologique du Congrès international de Moscou de faire un rapport comme représentant des otologistes espagnols. Il a choisi comme thème le *traitement des suppurations attico-mastoïdiennes et de leurs complications cérébrales.*

La Société médicale de l'État de Wisconsin a tenu sa 15e réunion annuelle à Madison, les 3, 4 et 5 juin 1896. Nous relevons au programme:

C. D. Conkey (Superior). Soins des yeux, du nez et de la bouche du nouveau-né. — J. J. Howard (Columbus). Mesures pour préserver les médecins de la contagion des affections des voies aériennes. — A. S. Maxson (Milton-Junction). Prophylaxie de l'amydgalite folliculaire. — J. P. Thorne (Janesville) et J. S. Koch (Racine). Hygiène des fosses nasales, de la bouche et des amygdales. — C. W. Root (Milwaukee). Examen de l'audition des enfants des écoles. — T. T. Hongen (Grand Rapids). Influence de la surdité sur le développement mental.

La Société autrichienne d'otologie s'est réunie les 28 et 29 juin en session extraordinaire, à Vienne, sous la *présidence* du Prof. J. Gruber.

Ordre du jour.

Urbantschitsch. Un cas de surdité psychique. — Gruber. Un cas d'angiome du pavillon de l'oreille guéri par une opération avec démonstration de préparation microscopique. — Politzer, Bing, Hrubesch et Pollak présentent également des préparations. — Szenes (Budapest). Sur la valeur diagnostique du cône lumineux et d'autres réflexes lumineux de la membrane tympanique. — Spira (Cracovie). Sur une ostéite mastoïdienne centrale ayant l'apparence d'une névralgie du trijumeau. — Gruber. Etude des affections intra-crâniennes otitiques. — Politzer. I. Symptômes complexes de Ménière dans une lésion traumatique du labyrinthe ; présentation de la coupe histologique. — II. Contribution au dégagement opératoire des cavités de l'oreille moyenne (opération radicale). — Urbantschitsch. Traitement radical de l'oreille moyenne. — Alt. Affections labyrinthiques apoplectiformes chez les ouvriers en caissons. — Pollak. Périchondrite séreuse de la cloison nasale. — Gomperz. I. Modification typique de la tension de la membrane du tympan dans les gonflements des trompes. — II. Etude sur l'occlusion de toutes les fentes de la membrane tympanique. — V. Hammerschlag. Mouvements de respiration et pulsations de la membrane du tympan.

Le Comité National allemand pour le Congrès de Moscou en 1897 s'est constitué à Berlin sous la *présidence* du Prof. Virchow. En font partie : Bartels, v. Bergmann, v. Coler, Eulenburg, Ewald, B. Fraenkel, Gerhardt, Koenig, v. Leyden, A. Martin, Pistor, Posner, Waldeyer.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Sur les exostoses du conduit auditif externe, par E. BRAUNBERGER (Dissert. inaug., Strasbourg, 1896).

Traitement de la déviation du septum nasal cartilagineux, par E. MAYER (Extrait du *N. Y. med. journ.*, 14 décembre 1895).

Trois cas d'abcès rétro-pharyngiens aigus, par E. MAYER (Extrait du *N. Y. Eye and Ear infirm. reports*, janvier 1896).

Nouvelle méthode de mastoïdotomie radicale (antéro-latérale) et présentation d'opérés, par V. COZZOLINO (Extrait du *Boll. delle mal. dell. orecchio gola e naso*, nº 3, 1896).

Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les fosses nasales, la cavité naso-pharyngienne et les cavités de l'oreille moyenne de cadavres de nourrissons et de nouveau-nés, par V. COZZOLINO (Extrait du *Boll. delle mal. delle'orecchio, gola e naso*, nº 5, 1896).

Etude sur la médication thyroïdienne, par A. FLOURENS (Broch. de 32 pages, accompagnée de 12 figures en photographie, Impr. Gounouilhou, Bordeaux, 1896).

L'otite moyenne tuberculeuse, par H. MONSCOURT (Broch. de 70 pages, H. Jouve, imprimeur, Paris 1896).

Le Gérant : G. MASSON.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXII. — N° 8. — Août 1896.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

NOUVELLE COMMUNICATION SUR L'AUTOSCOPIE DES VOIES AÉRIENNES

(EXAMEN SANS MIROIR DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE)

Par le Dr **Alfred KIRSTEIN**, de Berlin.

Pour faire suite à mon article paru dans le numéro de mars de ces *Annales*, je vais rapporter les progrès théoriques et pratiques accomplis depuis cette époque.

La difficulté essentielle de l'examen de la gorge provient de la langue, à côté de laquelle son appendice, l'épiglotte, joue un rôle subalterne ; si la langue et l'épiglotte étaient absentes, on pourrait *voir et toucher par la bouche directement la muqueuse aérienne jusque dans les grosses bronches*. Ainsi, pour examiner les portions profondes de la gorge, il faut ou *écarter* ou *tourner* cet obstacle apporté par la langue ; voici la raison de nos deux méthodes générales, par la spatule et le miroir. Il est étonnant que la technique de la spatule linguale, beaucoup plus ancienne que la technique du miroir, ait été appliquée jusqu'à présent d'une façon si imparfaite et nonchalante qu'elle ne pouvait servir que pour l'inspection de l'*entrée* du conduit respiratoire, c'est-à-dire pour la pharyngoscopie. Mon procédé, appelé l'autoscopie des voies aériennes, consiste seulement à savoir que la pression de la spatule peut écarter la langue du rayon visuel bien plus à fond qu'on ne s'en était jamais douté, de sorte qu'on peut voir très souvent, à l'aide de la spatule, une portion plus ou moins étendue de l'intérieur du larynx et de la trachée ; dans les cas favorables, la spatule est à même d'aplanir parfaitement cette

difficulté essentielle de l'examen provenant de la langue, de manière qu'on peut *voir et toucher par la bouche directement la muqueuse jusque dans les grosses bronches.*

Comme l'autoscopie n'est autre chose qu'*une réforme de notre vieille technique de la spatule linguale,* un art raffiné de dislocation de la langue, nous n'avons pas besoin d'instruments fort artistiques et coûteux, mais, ainsi que l'indique la nature de la méthode, *nous la faisons avec une spatule linguale tout à fait simple,* représentée par la figure 1. Depuis quelques mois déjà, j'ai limité l'usage de cet instrument compliqué, que j'ai décrit autrefois sous le nom d'« autoscope », aux interventions opératoires, aux examens sous le chloro-

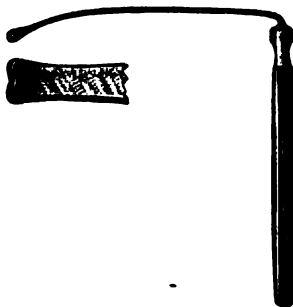


Fig. 1.

Spatule linguale pour la pharyngoscopie et l'autoscopie du larynx et de la trachée (vue latérale et vue de la portion antérieure prise d'en haut). Il en existe deux formes, l'extrémité antérieure étant plus ou moins recourbée.

forme, aux applications de force (ce qui arrive chez les petits enfants) et aux démonstrations, c'est-à-dire à des cas *exceptionnels* présentant des indications particulières. Pour ceux qui veulent apprendre mon procédé et l'employer comme complément facultatif du miroir pour les examens ordinaires du jour, le dit autoscope (comprenant la spatule autoscopique, le couvercle, le manche simple ou électrique) est non seulement superflu, mais il faut même dire maintenant qu'il est *incorrect* de s'en servir, à part les exceptions importantes citées plus haut. En résumé il faut faire l'autoscopie ordinaire avec la spatule simple.

Envisageons donc nettement la question. Mettons notre simple spatule linguale (figure 1) dans la main d'un *profane* (non-médecin) intelligent, adroit et courageux, commandons-lui de plonger son regard dans la gorge d'un malade aussi profondément que possible, et je crois qu'il pratiquera d'instinct l'autoscopie. Il se mettrait debout devant le malade assis et lui ferait relever un peu la tête, afin de pouvoir regarder *de haut en bas* dans le corps à travers l'ouverture buccale ; aucun précepte scolaire ne l'empêcherait d'écarter la langue de la manière la plus efficace en lui appliquant la spatule tout à fait en arrière, à la racine de la langue, et dirigeant l'instrument en correspondance avec le regard projeté, il imprimerait dans la langue cette *gouttière* descendant vers l'os hyoïde, gouttière qui est si fortement prononcée sur la figure 2 ; si la spatule arrivait trop près de la lèvre supérieure,il maintiendrait l'inspection en s'aidant de l'autre main ; l'épiglotte ne le gênerait guère, car la pression sur la base de la langue la fait remonter automatiquement dans la plupart des cas.

Si nous agissons par ce procédé, assez facile à comprendre, et si nous évitons soigneusement la production de mouvements réflexes, nous voyons (à l'aide de l'éclairage par un miroir frontal, ou bien plus facilement et mieux avec ma lampe frontale électrique) une partie des voies aériennes sur une étendue variable suivant la longueur relative et la direction de cette gouttière linguale. Les différences extraordinaires de réussite de l'autoscopie ne tirent pas leur origine seulement de l'état général du malade, des proportions géométriques très variables de la tête et du cou, de la condition corporelle et la fixation de la langue, mais encore des tendances psychiques de cet organe. On ne me reprochera pas, je l'espère, la hardiesse d'un tel terme qui considère la langue à l'égal d'un être vivant doué de conscience ; mais, en effet, il n'existe dans le corps humain aucun organe qui répond à des attaques mécaniques par des réactions aussi individualisées et capricieuses que la langue. Certaines langues flegmatiques se laissent tout faire, il en est d'autres agitées, nerveuses, révoltées, prêtes à rejeter l'instrument de même qu'un cheval indompté jette son cavalier par terre. Je n'insiste pas sur ce sujet ; je veux

seulement faire remarquer qu'il est quelquefois difficile de savoir manier la langue pour l'autoscopie (bien entendu sans cocaïniser !) et que cet art demande de l'adresse, de l'expé-

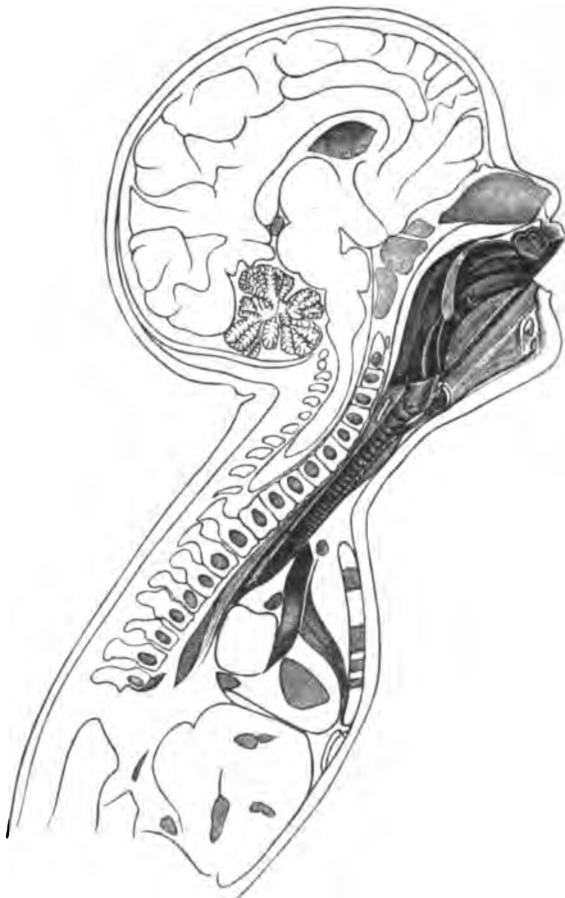


Fig. 2.

Coupe prise sur un cadavre congelé, pour démontrer l'anatomie topographique de l'autoscopie des voies aériennes. (Le cliché est emprunté à MM. Urban et Schwarzenberg, de Vienne).

rience, de l'attention, de la patience, et même parfois une légère dose de diplomatie.

D'après tout ce qui a été dit, il apparaîtra clairement que l'autoscopie n'est pas tout à fait étrangère à la technique usuelle des laryngologistes, mais qu'elle n'est que le point culminant de l'une de nos deux méthodes générales traditionnelles. *La technique autoscopique est l'art d'imprimer dans la langue avec la spatule, sans provocation de mouvements réflexes ni de souffrance, une gouttière s'étendant aussi loin que possible en arrière et en bas, et dont la direction se rapproche autant que possible de la direction de la trachée.* Voilà tout.

Mon intention n'est pas de m'étendre ici sur les indications spéciales pour l'usage de l'autoscopie et sur les détails de son application pratique. Je n'effleurerai que quelques points d'une importance prédominante. Dans bien des cas nous obtenons, par l'autoscopie, l'image d'une perfection incomparable de la *paroi postérieure du larynx.* Killian, à qui l'on sait que nous devons la meilleure méthode d'examen de la paroi postérieure connue jusqu'ici, *Killian lui-même,* après assez d'expériences personnelles, *a reconnu sans réserve la supériorité de mon procédé* (1). Toutefois, la méthode de Killian conserve une haute valeur dans les cas où l'autoscopie de la paroi postérieure échoue.

A propos des *opérations* (surtout des polypes), Bruns (2) s'est convaincu dans sa clientèle « que des opérations endolaryngiennes par la méthode de Kirstein réussissent chez l'adulte et chez l'enfant même à celui qui y est peu exercé, et que même des tumeurs considérables peuvent être enlevées de cette manière en une seule séance. » Il considère donc la méthode comme « une découverte très heureuse d'une valeur durable. »

L'autoscopie vient révolutionner la laryngologie de l'enfance. Wagnier (3) (de Lille) dit avec raison : « Les enfants, il

(1) Réunion des Laryngologistes de l'Allemagne du Sud, Heidelberg, 25 mai 1896.

(2) P. Bruns (Tübingen). — Ueber die Kirstein'sche directe Laryngoscopie und ihre Verwendung ber endolaryngealen Operationen *(Berlin. klin. Wochenschrift,* n° 8, 1896).

(3) Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 6 mai 1896.

faut bien le reconnaître, n'ont guère bénéficié jusqu'à présent des progrès de la laryngologie. » Je crois avoir mis un terme à cet état de choses regrettable. Chez l'enfant profondément chloroformé, on parvient presque chaque fois à faire l'examen autoscopique du larynx et de la trachée dans toute leur étendue; mais il y a même des succès sans narcose. Si l'angle glottique antérieur ne se montre pas immédiatement, on le rend visible en faisant presser doucement du dehors sur le cartilage thyroïde. Des enfants, par exemple, que l'on soupçonne de porter des papillomes et que, jusqu'ici, on était forcé de traiter durant des semaines et des mois, peuvent être maintenant examinés soigneusement et, si les tumeurs s'y prêtent, opérés totalement dans l'espace de quelques minutes. « Chez les enfants inaccessibles au miroir, on ne pourra plus se passer de la méthode de Kirstein » (Bruns, l. c.).

J'espère que ces quelques considérations suffiront à persuader mes confrères que ma découverte n'est pas un jouet intéressant, mais qu'elle a donné des réels progrès qui n'échapperont pas au laryngologiste qui veut se tenir à la hauteur de son art. Avant tout, cependant, je désire avoir prouvé que le maniement de cette nouveauté est beaucoup plus simple encore que je n'avais su l'expliquer dans mon précédent mémoire, et que le débutant n'a besoin pour l'autoscopie que de ma simple spatule linguale (fig. 1) et tout au plus de ma lampe électrique frontale [1].

(1) Mes instruments sont fabriqués par M. W. A. Hirschmann, 14 et 15 Johannis-strasse, Berlin N.; on peut également se les procurer à Paris, 17, rue de l'Odéon, chez MM. Gudendag frères.

II

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SUPPURATIONS DU SINUS ETHMOIDAL

Par **R. CLAOUÉ**, médecin-major.

Si l'on dépouille les observations encore peu nombreuses, relatives aux suppurations du sinus ethmoïdal, on est vite convaincu que les auteurs sont mal fixés sur la méthode à suivre pour établir un diagnostic précis et que de grandes divergences existent au sujet du traitement le plus convenable à effectuer pour obtenir leur guérison. Bien que ces affections soient moins fréquentes que ne l'a dit Grünwald (cela résulte des autopsies nombreuses faites par Harcke, Frankel et plus récemment par Lapalle), elles méritent cependant d'être étudiées.

Formant la partie supérieure et supéro-latérale des fosses nasales, les cavités de l'os ethmoïde peuvent, comme les autres sinus, subir le choc des inflammations nasales. Si l'on songe, en outre, que les autres sinus viennent s'aboucher au niveau de l'os ethmoïde. le sinus frontal en avant et en bas, le sinus sphénoïdal en arrière, le sinus maxillaire en bas, on comprendra facilement que les cellules ethmoïdales sont remarquablement placées pour être secondairement infectées.

Pour établir un diagnostic méthodique et faire un traitement judicieux des ethmoïdites, il faut bien connaître les formes sous lesquelles elles se présentent.

Bosworth [1] décrit les variétés suivantes :

a) Dégénérescence myxomateuse sans suppuration. Ici il n'existe pas de polypes à proprement parler, mais un épaississement de la muqueuse du cornet moyen offrant la mollesse et

[1] *New-York. Med. journ.*, 7 nov. 1891.

la pâleur caractéristiques de la transformation myxomateuse. C'est le prélude des polypes des fosses nasales.

b) Dégénérescence myxomateuse extra-cellulaire avec suppuration intra-cellulaire. Cette seconde forme représenterait l'aboutissant de la première. Outre la transformation de la muqueuse déjà mentionnée, on constate alors une traînée de pus provenant des cellules ethmoïdales.

c) Ethmoïdite purulente avec polypes nasaux.

d) Polypes intra-cellulaires sans suppuration. Dans l'exemple de ce type observé par l'auteur, le cornet moyen présentait le double de son volume normal. L'effraction de la coque osseuse des cellules ethmoïdales y révéla la présence d'un gros polype gélatineux.

e) Polype intra-cellulaire compliqué de suppuration. Cette dernière variété paraît représenter une phase plus avancée de la précédente.

Si elle précise un peu le terme vague d'ethmoïdite, cette classification, Bosworth le reconnaît lui-même, n'est ni parfaite ni absolument claire.

Grünwald (1) dans ses leçons sur les suppurations nasales distingue plusieurs types de suppuration de l'ethmoïde.

a) Empyème ethmoïdal fermé. Il s'agit presque toujours alors d'une production kystique, d'un mucocèle ayant suppuré, après avoir amené une distension des parois osseuses, qui le limitent ; à ce groupe, appartiennent les dilatations kystiques du cornet moyen.

b) Empyème ethmoïdal ouvert. Cette forme est surtout caractérisée par la déviation du globe de l'œil en bas et en dehors, par un gonflement siégeant à la partie supérieure du grand angle de l'œil. L'auteur fait aussi entrer dans cette forme l'empyème ethmoïdal latent, c'est-à-dire celui dans lequel le pus s'écoule uniquement par le nez.

c) Carie de l'ethmoïde.

d) Suppurations secondaires du labyrinthe ethmoïdal.

Enfin, *Baumgarten* présente, en 1894, à la Société laryngologique de Vienne, les variétés suivantes :

(1) Münich et Leipsic, Lehmann, éditeur, 1896.

1° Carie simple et nécrose des os ethmoïdaux.

2° Carie et nécrose avec formation d'abcès.

3° Avec polypes.

4° Avec tendance à l'ossification.

Sans discuter ces diverses classifications, nous pensons qu'au point de vue chimique et pratique, les suppurations de l'ethmoïde penvent être envisagées de la façon suivante :

1° Empyème des cellules ethmoïdales avec manifestations orbitaires.

2° Empyème ethmoïdal latent, ne s'accompagnant pas de manifestations extérieures.

3° Empyème enkysté de l'ethmoïde.

Cette division a le mérite d'être analogue à celle déjà admise pour les autres sinusites (maxillaire frontale ou sphénoïdale) qui comprennent, elles aussi, une forme classique, une forme latente, une forme enkystée.

Chacune de ces variétés pourra être primitive ou secondaire, s'accompagner ou non de carie et de polypes.

Nous allons envisager ces trois formes chimiques au point de vue du diagnostic et du traitement.

DIAGNOSTIC

I

Considérons d'abord le cas le plus difficile à diagnostiquer, celui d'un *empyème ethmoïdal latent.*

La rhinorrhée uni-ou bilatérale, nasale ou naso-pharyngienne, causant un catarrhe chronique secondaire, continu ou intermittent, accompagné ou non de cacosmie subjective, et qu'un examen rhinoscopique minutieux du nez et du pharynx ne permet de rattacher ni à un séquestre ni à un corps étranger, ni à une suppuration de la glande de Luschka, nous permettra d'abord de penser que nous sommes en présence d'une sinusite.

La rhinorrhée sera d'autant plus abondante que le nombre des cellules atteintes sera plus grand.

Les symptômes douloureux (céphalée surtout) avec distension de la partie supérieure du nez et gonflement des parties molles (Schœffer), exagérés par une pression sur la partie supérieure du nez et notamment au niveau de l'os unguis (Grünwald) apparaîtront surtout dans les moments où il y aura rétention purulente.

Robertson, Ruault ont voulu voir dans la transparence électrique un moyen auxiliaire de diagnostic. « On sait que lorsqu'on éclaire avec une vive lumière la face par transparence suivant la méthode de Voltolini-Heryng, on constate chez l'adulte dont les sinus sont sains et dont le squelette ne présente pas de notables malformations, un certain nombre de zones plus fortement éclairées que les régions voisines : ainsi, au-dessus des joues demeurant assez sombres se montrent deux croissants lumineux répondant aux paupières inférieures. De plus, de chaque côté, au niveau des os propres du nez, on constate une zone claire, irrégulièrement ovalaire, un peu moins éclairée pourtant que la paupière voisine. Pour bien voir ces zones claires, il faut placer la lampe non pas sur la partie médiane du dos de la langue, mais latéralement sous le plancher d'un sinus maxillaire. Chez les individus à nez étroit, la lumière de la lampe placée en situation médiane peut, après avoir traversé la voûte palatine, être arrêtée dans le nez par les saillies des cornets, principalement du cornet inférieur ; mais, si la lampe est latéralement située, les rayons arrivent à la région de l'os propre du nez en traversant le sinus maxillaire et les cellules ethmoïdales antérieures. La constatation de l'obscurité de l'os propre du nez chez un sujet présentant un écoulement purulent par le méat moyen en même temps que la translucidité du sinus maxillaire correspondant serait un élément de diagnostic de haute valeur : elle permet non d'affirmer mais de présumer que la suppuration siège au niveau des cellules ethmoïdales antérieures. »

Quand on songe aux données si indécises qu'on peut tirer de l'éclairage électrique dans le diagnostic de la sinusite maxillaire ou frontale, il n'est pas difficile de saisir le peu de

valeur pratique de ce procédé dans le diagnostic des suppurations du sinus ethmoïdal sujet à des différences anatomiques si variables.

En outre, pour que le labyrinthe ethmoïdal puisse être éclairé, il faut que les rayons puissent traverser le sinus maxillaire; or, on sait combien fréquemment les empyèmes de l'antre accompagnent les sinusites ethmoïdales.

Un signe plus important est la localisation du pus au-dessus de la bulle ethmoïdale (pour les cellules antérieures), au niveau de la fente olfactive (pour les cellules postérieures). Mais sa valeur diagnostique n'est pas absolue, car on peut avoir du pus en ces endroits dans les affections des autres sinus.

Comment savoir que le pus a une origine ethmoïdale? On ne le pourra que par exclusion, après avoir éliminé du débat les autres sinus. Quand, après avoir ponctionné et lavé le sinus maxillaire, le pus reparaît quelques instants après dans le méat moyen; quand, après avoir catéthérisé et lavé le sinus frontal, le pus ne tarde pas à se montrer de nouveau, il y a une très grande probabilité pour que le pus vienne des cellules ethmoïdales antérieures. De même, quand après le catéthérisme et le lavage du sinus sphenoïdal, le pus ne tarde pas à reparaître au-dessus du cornet moyen ou au niveau de la fente olfactive, il y a cinq fortes chances pour qu'il vienne des cellules ethmoïdales postérieures.

Il est d'évidence qu'un pareil diagnostic ne saurait être l'affaire de quelques instants. Il nécessitera souvent une observation de plusieurs mois; l'ablation de polypes, l'extirpation d'une partie des cornets constitueront souvent des temps préliminaires indispensables.

Nous ne jugeons pas utile d'insister ici sur les divers modes d'exploration du sinus : la ponction du sinus maxillaire par le méat inférieur suivie d'un lavage explorateur, le catéthérisme du sinus frontal et du sinus sphénoïdal suivi de lavages, sont des procédés aujourd'hui définitivement adoptés par la plupart des spécialistes, depuis surtout les remarquables travaux de Lichtwitz.

Ainsi, à la suite de ces diverses explorations, nous avons la certitude presque absolue que le pus a son origine dans le

sinus ethmoïdal. Pour avoir une certitude complète, il faut aller à sa recherche directe ; et cette recherche est alors d'autant plus justifiée qu'elle constitue la première étape du traitement à effectuer, comme nous le verrons.

Grünwald a surtout insisté sur l'importance diagnostique de cette recherche. — « On sonde toujours trop peu, dit-il. Sans le sondage, il n'est pas possible de faire un diagnostic certain. La sonde pénètre là où ne va pas le regard. » Un cathétérisme méthodique des cellules ethmoïdales, semblable à celui qui est pratiqué pour les autres sinus, est sans doute une illusion. C'est en parlant du traitement que nous insisterons surtout sur les procédés d'exploration des cellules ectasiées. Tantôt cette exploration devra être précédée d'une ponction permettant l'évacuation du pus, d'autres fois l'exploration sera plus facile. Sous le cornet moyen hypertrophié, on pourra noter une fente donnant passage à du tissu fongueux, et à travers cette fente un stylet permettra de rencontrer une surface dénudée et rugueuse. D'autres fois, cette altération osseuse s'observera en un autre point de l'ethmoïde ; la sonde insinuée entre le cornet moyen et la paroi externe de la cavité nasale révélera des lésions existant dans les cellules ethmoïdales postérieures. Cependant il ne faudrait pas se croire en droit de localiser les suppurations aux cellules ethmoïdales antérieures ou postérieures parce que le pus sort ici ou là; le pus sort par où il peut. En outre, la valeur diagnostique de l'exploration au stylet ne saurait être exagérée. Les très minces cloisons osseuses sont parfois brisées facilement dans l'exploration ou dans l'extraction préalable des tissus polypeux, et donnent facilement une sensation presque analogue à celle que donnent les os nécrosés. « On diagnostique trop facilement la carie, dit Chiari. Les recherches anotomo-pathologiques s'élèvent contre ce fait. La sensation de rugosité des os du nez peut être observée par un sondage soigneux sur des os ethmoïdaux complètement sains. »

II

Considérons maintenant *l'empyème ethmoïdal s'accompagnant de phénomènes orbitaires.* Ces cas sont plus fréquemment observés que les cas d'ethmoïdites latentes qui souvent passent inaperçues.

Cette variété d'empyème se présentera avec les mêmes signes que la précédente, et son diagnostic sera facilité par la présence des manifestations orbitaires. Il importera de faire le diagnostic différentiel avec les diverses affections du voisinage, par exemple, les abcès du sinus frontal, du sac lacrymal, les gommes, etc. La connaissance exacte de l'anatomie de la région, le siège de la tuméfaction au-dessous du tendon de l'orbiculaire pour les abcès du sinus frontal, etc., l'étude des antécédents, des symptômes, de la marche de l'affection suffiront souvent à lever tous les doutes.

L'examen rhinoscopique donnera de précieuses indications ; ce sont ces variétés d'ethmoïdites qui s'accompagnent le plus fréquemment de productions polypeuses au niveau du méat moyen, lesquelles par la rétention purulente qu'elles déterminent dans les cellules, en favorisent la distension et souvent l'éclatement.

Tous les auteurs ont noté la coexistence fréquente des polypes muqueux et des ethmoïdites. La divergence dans les opinions commence quand il s'agit de savoir si les polypes sont toujours la conséquence de l'ethmoïdite (Bosworth). Nous pensons que généralement les productions polypeuses sont secondaires. De même que les otorrhées anciennes, les sinusites frontales ou maxillaires déterminent la production de polypes, de même, l'ethmoïdite peut être cause de leur production. Mais nous pensons aussi que quelquefois des productions polypeuses volumineuses, nées sous d'autres influences, pourront, par la rétention des liquides au-dessus d'elles, engendrer des mucocèles et des empyèmes du sinus ethmoïdal.

III

Restent enfin les cas d'*empyèmes enkystés de l'ethmoïde*, les cas de dilatations kystiques d'une ou de plusieurs cellules de l'os ethmoïde (souvent de la bulle ethmoïdale). Les symptômes douloureux, la forte proéminence du cornet moyen entraînant plus ou moins d'obstruction nasale, l'absence de signes locaux du côté du sinus frontal, la transparence du sinus maxillaire mettent facilement sur la voie du diagnostic que la ponction confirmera.

TRAITEMENT

Le diagnostic étant établi d'une façon certaine, il faut instituer le traitement. Il y a deux indications à remplir :

1° Evacuer le pus.

2° Modifier la muqueuse.

A quel mode d'intervention recourir ?

Les uns sont partisans de l'intervention par l'orbite (Knapp, Gruening, etc.), les autres préfèrent intervenir par les voies nasales (Grünwald, Hicguet, Heyman, etc.).

Le procédé orbitaire aurait l'avantage de rendre les cavités malades accessibles à la vue, de permettre un curettage minutieux de tous les points nécrosés, d'enlever des polypes profondément cachés, de faire ensuite un pansement antiseptique, méthodique. Il n'offrirait aucun danger ; il permettrait de traiter l'abcès ethmoïdal comme on traite un abcès osseux en chirurgie générale. L'intervention par les voies nasales serait toujours une intervention incomplète et dangereuse. Comment curetter par le nez toutes les cellules ethmoïdales malades ? D'autre part, en ouvrant ces cellules, en les mettant plus directement en contact avec les cavités nasales, ne risque-t-on pas de voir l'infection s'éterniser ou s'aggraver ?

On ne saurait nier cependant que l'intervention par les voies externes constitue un traumatisme non négligeable. Outre la défiguration ultérieure, on sait avec quelle facilité il ouvre la

porte aux érysipèles qui là, prennent par le voisinage des méninges une gravité exceptionnelle. En outre, la voie orbitaire est moins commode qu'on ne le prétend, et il n'est pas facile de curetter et de gratter dans cet étroit défilé, où le contrôle de la vue ne saurait s'exercer. La voie nasale ne paraît pas mériter les critiques sévères que certains auteurs lui adressent. Elle est, *à priori*, justifiée par le principe élémentaire qui veut que toute collection purulente soit abordée par son point le plus déclive. On sait aussi avec quelle facilité on peut traumatiser et cautériser dans le nez, sans qu'il y ait lieu de redouter des infections graves, à la condition que les précautions antiseptiques classiques soient respectées. « Il est plus facile qu'on ne le croit, dit Grünwald, de donner issue au pus par la voie nasale. On peut sans crainte curetter les cellules orbitaires de l'ethmoïde ; la perforation accidentelle de la lame papyracée n'a pas autant de dangers que le disent les classiques ; il n'y a de grandes précautions à prendre que vis-à-vis de la lame criblée ».

On reproche à l'intervention intra-nasale de ne permettre qu'un curettage incomplet du labyrinthe ethmoïdal ; nous répondrons qu'un curettage complet n'est pas davantage possible par la voie orbitaire, et que, d'ailleurs, il est inutile. Ce qui importe, en effet, c'est que la voie d'écoulement soit large et facile, c'est que l'élimination des parties nécrosées puisse se faire spontanément, secondée par quelques lavages. Cela est si vrai que dans la plupart des interventions par la voie orbitaire seule, la guérison définitive n'a pu être obtenue que par un drainage orbito-nasal.

Les observations sont unanimes à ce sujet ; tant que la communication avec le nez n'a pas été établie, des abcès à répétition se sont manifestés à l'angle interne de l'œil (Raoult, Knapp, etc.).

De ces considérations et des observations des auteurs, il résulte que le traitement orbitaire et le traitement intra-nasal, loin de s'exclure, peuvent se prêter un appui réciproque.

Il faut connaître les indications de chaque cas.

C'est par la voie nasale que l'on devra attaquer et soigner les empyèmes enkystés de l'ethmoïde, les dilatations kystiques

du cornet moyen, les ethmoïdites localisées en certains points (bulle ethmoïdale, par exemple). Nous traiterons également par cette voie les empyèmes latents plus ou moins étendus, et ceux même où déjà une légère ectasie commence à se manifester du côté de l'orbite. A l'appui de cette opinion, nous citerons les nombreux cas soignés par Grünwald, les observations de Hicguet dont deux avec eotasie orbitaire.

Les cas de sinusite frontale latente traités et guéris par la voie endo-nasale et rapportés par Lichtwitz et Martin prouvent que le traitement intra-nasal est souvent couronné de succès. « De même que la laryngologie, dit Lichtwitz, procède depuis longtemps par la voie endo-laryngée pour le traitement des affections de l'organe vocal, de même la rhinologie doit procéder par la voie endo-nasale pour la cure des maladies du nez ».

Nous interviendrons auxiliairement par l'orbite dans les divers cas suivants :

a) Quand, malgré un traitement nasal prolongé, l'amélioration ne survient pas, l'écoulement est abondant et fétide. On comprend que dans ce cas l'opération orbitaire permettra un nettoyage plus facile des cellules granuleuses, un lavage et un drainage plus complets du champ infecté.

b) Quand une fistule orbitaire existe déjà. On a, dans ce cas, tous les inconyénients et les risques d'une plaie orbitaire, sans en avoir les avantages.

c) Quand des symptômes cérébraux (vertiges, vomissements, coma) ou généraux (fièvre, pyoémie, etc.) paraissent se manifester, l'indication est alors impérieuse. Nous avons publié un cas d'infection aiguë des sinus sus-nasaux qui se compliqua rapidement de méningite (*Revue de Laryngologie*, 1895).

d) Quand il y a lieu de penser à un empyème combiné des autres sinus (frontal, sphénoïdal, etc.) et que l'état général du sujet est médiocre et à peu près dans l'impossibilité de supporter le traitement toujours très long de chaque sinusite successivement.

e) Il faut aussi tenir compte de la nature infectieuse de la maladie qui a donné naissance à l'ethmoïdite, surtout quand il s'agit d'infections aiguës. On sait avec quelle facilité la grippe engendre des complications méningées.

Telles sont les indications de l'intervention dans les suppurations ethmoïdales. Il nous reste maintenant à décrire les divers procédés mis en usage par les auteurs et les divers instruments utilisés par eux dans cette pratique.

INTERVENTION INTRA-NASALE

Grünwald déclare qu'on peut chloroformer le malade, mais que la chloroformisation n'est pas généralement nécessaire. Il se sert de pinces et curettes de Volkman modifiées et crée une large issue au pus, gratte avec soins toutes les parties osseuses malades. Il faut agir vite pour que le sang ne vienne inonder et masquer le champ opératoire.

Il sera utile de faire au besoin plusieurs séances. Il conseille d'arrêter l'hémorrhagie par un tamponnement de 10 minutes, à l'eau oxygénée, suivi d'une insufflation de dermatol. Il ne faut pas placer dans le nez de tampon à demeure qui gênerait le libre écoulement du pus. Se moucher souvent rationnellement. S'il y a accumulation de croûtes, en favoriser l'issue en humant un peu d'eau tiède alcaline.

Cozzolino se sert pour ouvrir le sinus ethmoïdal antérieur d'une sonde terminée à une extrémité en forme de cuiller, à l'autre extrémité en pointe de plume. La sonde est introduite entre le cornet inférieur et moyen vers la paroi externe du nez, au point de conjonction du cornet moyen.

Dans le cas où il y a des séquestres osseux il se sert de curettes spéciales recourbées qui s'adaptent à un manche de miroir laryngoscopique. Il fait en même temps des pulvérisations antiseptiques avec le pulvérisateur de Ruault dont le jet interrompu et fort permet au liquide de pénétrer dans les profondeurs des cellules ouvertes. L'opération est précédée de la cocaïnisation à 1/15. Contre l'hémorrhagie, il se sert d'eau chaude entre 50 et 55° renfermée dans un laveur toujours à portée de la main. S'il y a de gros séquestres, il emploie le brise-os intra-nasal de Schœffer ou une pince-coupante ou à cuiller.

Cozzolino a présenté à l'Académie médico-chirurgicale de Naples (1893) une série de perforateurs et d'excavateurs qui peuvent rendre de grands services.

Pour la ponction de la bulle ethmoïdale Hajeck emploie un petit trocart droit, sur lequel se meut un manchon qu'on fixe avec une vis de façon à ne dépasser qu'un demi-centimètre de pointe. Grâce à cette modification on peut fonctionner sans danger et éviter la pénétration dans l'orbite.

INTERVENTION ORBITAIRE

Procédé de Knapp... L'Incision de Knapp pour l'ouverture des cellules ethmoïdales part de l'angle supéro-interne de l'orbite. Cette incision est mauvaise parce qu'elle expose à pénétrer dans le sinus frontal et à léser la poulie du grand oblique.

Procédé de Chipault. — Faire le long des deux tiers inférieurs du bord interne de l'orbite et le long du tiers interne du bord inférieur, une incision allant d'emblée jusqu'à l'os, puis cheminer en décollant le périoste sur la paroi interne de la cavité orbitaire et à quelques millimètres en arrière du bord postérieur de la gouttière lacrymale ; d'un petit coup de ciseau ou de toute autre manière défoncer à peu près à mi-hauteur la paroi orbitaire interne.

Dans le cas où il s'agit d'empyèmes combinés et où il faudra pratiquer l'ouverture fronto-ethmoïdo-sphénoïdale, on suivra le procédé bien décrit par Jansen et Knapp. (*Archiv. of Otology*, 1893).

OBSERVATIONS ET BIBLIOGRAPHIE

Bergeat et Tyrman (Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes. Wiesbaden, 1886) qui ont compilé tout ce qui a été écrit sur la question, ne rapportent en tout que sept cas (cas de Hulke, de Brainard, de Schah, de Knapp, de Vincentiis, d'Evetzky, de Langenbeck).

Bayer (Des kystes osseux de la cavité nasale. Paris, 1885) rapporte un nouveau cas.

Zuckerkandl (Anatomie et pathologie des fosses nasales) en rapporte aussi un cas.

Polignani et de Vincentiis (*Archiv. ital. de laryngologie*, janvier 1892, p. 30). Mucocèle des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales. Guérison par le traitement nasal.

Bryan (de Washington) (*New York médical journ.*, janvier 1893). Empyème d'une cellule ethmoïdale antérieure guéri par un traitement intra-nasal.

Goris (de Bruxelles) (*Revue internationale de rhinologie*, 1893). Un cas d'empyème de la bulle ethmoïdale. Ouverture par les fosses nasales et cautérisation au galvano-cautère. Guérison.

Grunwald (München und Leipzig. Lehman, 1893). Observations nombreuses; 17 fois, dans des cas d'empyèmes ethmoïdaux ouverts, Grünwald a pratiqué le grattage des cellules ethmoïdales, par les voies nasales, sans avoir d'accidents sérieux. Sur 17 empyèmes ethmoïdaux latents, Grünwald a obtenu par le traitement intra-nasal 5 guérisons, 4 améliorations (cessation de douleurs).

Stewart (*Lancet*, avril 1893) : Observation ayant trait à une suppuration des cellules postérieures de l'ethmoïde. Début remontant à 20 ans; survenue à la suite de la scarlatine. Abcès à répétition à la partie supérieure et interne de l'œil. Traitement orbito-nasal. Guérison.

Knapp (*Archiv. of otology*, juillet 1893) : 7 observations. Knapp insiste sur les avantages de l'opération par l'orbite ; mais reconnaît la nécessité d'un drainage orbito-nasal.

Heymann (*Société laryngologique* de Berlin, juillet 1893). Suppuration d'une cellule ethmoïdale antérieure, guérie par l'excision de l'extrémité antérieure du cornet moyen.

Raoult (*Société fr. de laryngologie*, mai 1894). Empyème des cellules ethmoïdales antérieures accompagné de nécrose de la paroi osseuse de la fosse nasale et de fistule interne. Curettage. Guérison. Cette affection survenue à la suite de la scarlatine n'a dû sa guérison définitive qu'à un drainage ethmoïdo-nasal.

Flatau (*Société laryngol.* de Berlin, juin 1894). Empyème de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal chez une malade atteinte de rhinite atrophique.

Milligan (*Société britan. de laryngol.* juillet 1894). Inflammation purulente aiguë des cellules ethmoïdales antérieures. La marche vers la guérison a été obtenue grâce à un drainage orbito-nasal.

Charters J. Symonds (*Associat. médic. britann.*). L'auteur rapporte 7 cas de suppuration chronique des cellules de l'ethmoïde.

Gruening (*New-York eye and. ear. inf. Reports*, janvier 1895). Cas d'empyème des cellules de l'ethmoïde. Opération par l'orbite. Guérison rapide. La guérison est obtenue par une contre-ouverture nasale à travers le plancher ethmoïdal.

David-Dennis d'Erce (60). Cas d'empyème des sinus frontal et ethmoïdal ayant donné lieu à des tumeurs orbitaires (*Arch. of. otology*, avril 1895). La mort survint par méningite septique, malgré le traitement orbitaire et nasal.

Higguet (*La Policlinique* 1895). 3 cas d'ethmoïdite avec ou sans phénomènes orbitaires guéris par le curettage des cellules ethmoïdales à travers les fosses nasales et les lavages antiseptiques. 2 cas présentaient des abcès orbitaires.

III

SUR LA SÉROTHÉRAPIE DANS L'OZÈNE ET DANS CERTAINES FORMES D'OTITES PURULENTES

Par le Prof. G. **GRADENIGO**, de Turin.

Dans ces derniers temps on a repris de plusieurs côtés les recherches bactériologiques sur l'ozène, entreprises dès 1882 par Fraenkel ; les nouveaux faits mis en lumière, surtout grâce à une récente découverte du Dr Belfanti, sont d'une grande importance non seulement scientifique, mais encore pratique par excellence.

Il est opportun que je rappelle comment l'on a expliqué la pathogénie de ces affections au moyen de nombreuses théories successives, qui peuvent toutefois se subdiviser en deux groupes principaux : celles dans lesquelles on admet une cause d'infection, et celles dans lesquelles on recherche l'origine dans certaines particularités morphologiques et cliniques. Les hypothèses appartenant à ce second groupe, quoiqu'ayant pour auteurs entre autres Vieussens, Zaufal, Hopmann, Berliner, Reiniger, Michel, ont peu à peu perdu du terrain, tandis que la conception d'une origine infectieuse gagne toujours des partisans d'après les nouvelles expériences. Par celle-ci, en effet, on explique aisément tous les symptômes de l'ozène. Les particularités de la sécrétion peuvent être produites par le développement d'un ou de plusieurs microorganismes ; l'atrophie peut être considérée comme une conséquence de l'inflammation purulente qui subsiste depuis des années dans la muqueuse nasale. Ces hypothèses sont en concordance avec les lésions inflammatoires de cette muqueuse. La prédisposition individuelle, que la clinique permet de reconnaître chez les ozéneux, ne peut empêcher d'admettre

une étiologie infectieuse : nous trouvons un exemple analogue dans une autre maladie infectieuse chronique ; la tuberculose. Mais quel est le microorganisme producteur de l'ozène ?

Dès 1882, Fraenkel, dans un travail qu'on lit encore aujourd'hui avec intérêt et profit, exposait les résultats d'une série d'expériences qu'il avait entreprises dans un cas typique d'ozène pour établir quels étaient les microorganismes contenus dans la sécrétion. Les méthodes de technique bactériologiques alors en usage ne permettaient pas d'isoler les différentes espèces de microbes existant dans la sécrétion. Fraenkel en distingua quatre catégories principales : 1, microcoques ; 2, mégalocoques ; 3, bacilles minces, deux ou trois fois plus longs que larges, se colorant faiblement ; 4, bacilles plus gros présentant les mêmes rapports entre les deux dimensions et qui se colorent d'une façon plus intense.

Lœwenberg, dans un premier mémoire paru en 1885 suivi récemment d'un second article beaucoup plus complet, décrit avec précision comme cause de l'ozène le diplobacille capsulé, dont les deux dimensions principales peuvent être parfois presque égales et être prises pour un gros diplocoque. Le même microorganisme a été plus tard décrit et étudié par Marano, Abel et Paulsen.

Marano, assistant du Prof. Massei, a entrepris, en 1888, des expériences à ce sujet. On remarquera, à ce propos, que Massei a été un des premiers à défendre, d'après des arguments cliniques, la nature parasitaire de l'ozène. Il prouva : 1° Qu'il existe, surtout au début de la maladie, des portions de muqueuse affectée exactement délimitée par des parties voisines de muqueuse saine, qu'il existe donc des foyers morbides circonscrits ; 2° qu'on peut observer chez le même malade, une véritable migration du processus morbide, qui, du nez s'étend successivement au pharynx, au larynx, etc. ; 3° que l'emploi des substances antiseptiques procure une amélioration temporaire. Marano confirma de nouveau l'existence constante du diplobacille dans la sécrétion des ozéneux, il le cultiva, mais il ne réussit pas à provoquer chez les animaux l'ozène par l'inoculation du microbe. Outre bien d'autres auteurs, parmi lesquels Strazza en Italie, qui se bornèrent essentiellement à

reconnaître la présence permanente de ce microorganisme dans l'ozène, Abel et Paulsen ont récemment étudié à fond cette question. Paulsen a baptisé le bacille du nom de *muciparus* et en a donné une description qui concorde avec celle d'Abel. P. incline à identifier le bacille de l'ozène avec le pneumo bacille de Friedländer, tandis qu'Abel le rapproche plutôt de celui de Pfeiffer.

Un récent travail d'Abel, publié en octobre dernier, expose largement l'état de la question. Il établit que tandis que tous les expérimentateurs précédents s'étaient seulement occupés de la forme fétide, l'ozène a d'autres phases non fétides, pendant lesquelles les recherches étiologiques ont plus de valeur. Des trois symptômes principaux : la fétidité, l'atrophie, la formation d'une sécrétion spéciale, il dit que la première n'est pas essentielle pour l'ozène, puisqu'elle n'existe pas dans d'autres formes de rhinite atrophique qui présentent aussi de l'atrophie et une sécrétion particulière. L'atrophie est le résultat final du processus morbide qui dure depuis des années, mais ce n'est pas le caractère nécessaire à toutes les étapes de la maladie. La sécrétion spéciale et la formation de croûte en sont le caractère essentiel. On le rencontre aussi à la période initiale de l'affection qui échappe d'ordinaire à l'observation clinique ; des croûtes siègent alors sur des étendues plus ou moins grandes de la muqueuse qui peut avoir un aspect normal, hypertrophique ou atrophique. Abel décrit soigneusement les diplobacilles capsulés que l'on colore soit avec des solutions alcalines de bleu de méthylène, soit par des solutions hydro-alcooliques de fuchsine ; les capsules se reconnaissent facilement grâce aux méthodes indiquées par Friedländer et Ruppert. Les bacilles ne résistent pas au Gram. La sécrétion des cas non soignés renferme des bacilles de toute sorte en abondance ; chez les malades soignés, on rencontre plutôt le diplobacille. Dans la gélatine en trouve profondément des colonies brun foncé, et à la surface de gros soulèvement, gris verdâtres d'un aspect muco-laiteux. La gélatine n'est pas fluidifiée. Dans l'agar, l'accroissement est plus rapide à 37 degrés ; il en est de même sur le sérum, sur les pommes de terre, dans le bouillon et dans le lait. La petite souris blanche est l'animal le plus

sensible au microorganisme ; elle succombe régulièrement au bout de 36 ou 48 heures par une violente infiltration du point injecté et on retrouve les bacilles dans le sang. Chez les cobayes on n'obtient que des réactions locales ; les lapins et les pigeons sont réfractaires. Comme dans tous les cas d'ozène on trouve toujours le même microorganisme, et que celui-ci ne se rencontre qu'exceptionnellement sur les 550 cas d'autres affections nasales examinés par Abel et Paulsen, et peut-être à la suite d'erreurs sur lesquelles je crois inutile d'insister, Abel n'hésite pas à reconnaître ce qu'il nomme *bacillus mucosus ozenae* comme cause de la maladie. Toutefois on ne peut admettre qu'il provoque la fétidité, car on le rencontre aussi dans des cas non fétides.

Abel rapporte une unique expérience qu'il a faite sur un phtisique avancé, en introduisant dans le nez, sans léser la muqueuse, à droite une culture de bacille muqueux, à gauche une sécrétion ozéneuse ; de ce dernier côté, on n'observa pas d'altérations jusqu'à la mort du malade, survenue quatre semaines après, tandis qu'à droite on vit se produire de nombreux petits foyers à caractères ozéneux. Des tentatives d'inoculation dans le nez des animaux demeurèrent sans effet. Abel affirme n'avoir jamais rencontré le bacille muqueux à l'intérieur des tissus.

Nos connaissances sur l'ozène en étaient restées à ce point, lorsque, dans la séance du 27 mars dernier, à l'Académie Royale de Médecine de Turin, les Drs Belfanti et della Vedova firent une communication des plus importantes sur l'étiologie de l'ozène et sa curabilité (1). Ils exposèrent que dans les 63 cas d'ozène examinés par eux, ils trouvèrent sans exception le *bacillus mucosus* décrit avec autorité par Lœwenberg et Abel.

Les auteurs sont entièrement d'accord avec Abel sur les caractères attribués au bacille, sauf peut-être sur la valeur pathogénique de ce microorganisme qu'ils n'ont rencontré actif que pour les souris et non pour les cobayes, ainsi que

(1) *Archivio italiano di otol. rinol. e lar.* fasc. II, anno IV, 1896 page 189.

l'affirme Abel. Du reste, cette différence n'offre rien d'extraordinaire, car on sait que le caractère *virulent* est très variable pour les microorganismes même de la même espèce.

Malgré qu'ils aient trouvé constamment ce signe, Belfanti et della Vedova ne sont pas convaincus que le microbe de Lœwenberg-Abel soit le véritable agent, la cause vraie de la maladie. En examinant bien et à diverses reprises la sécrétion des ozéneux ils purent reconnaître aussi fréquemment un microorganisme, qui, par sa présence constante, et par son existence dans l'épaisseur de la muqueuse doit avoir une part active dans l'étiologie de l'ozène. Voici en quels termes le Dr Belfanti décrit les caractères morphologiques et les cultures du bacille qu'il a observés :

« Examiné dans la sécrétion ozéneuse, c'est un bacille mince, se colorant par les moyens ordinaires, mais pas toujours complètement, et dans ce cas les parties granuleuses sont plus colorées, — quelquefois il est droit, plus souvent recourbé, replié en angle, parfois d'aspect fusiforme, — seul, mais le plus souvent réuni en groupes avec tendance à se disposer parallèlement. On le colore par la méthode de Gram, mais plus particulièrement par le procédé Gram Weigert.

« Il est facilement visible dans toutes les croûtes d'ozène véritable examinées en les colorant avec le violet de gentiane ou plutôt avec la solution Roux.

« Il est plus difficile de la cultiver par les moyens nutritifs ordinaires. En effet, il ne croît pas sur la gélatine. Sur l'agar-agar, à la température de 37° il croît lorsqu'il est pur, mais très lentement et avec peine, il ne devient visible que trois ou quatre jours après avoir été déposé ; de plus, si la culture n'est pas pure et provient directement de la sécrétion, il ne peut croître, étant suffoqué par les autres microorganismes et surtout par le mucosus, qui est très envahissant. Le meilleur moyen pour l'obtenir est de le cultiver sur le sérum coagulé avec beaucoup de bandes successives pour avoir des colonies isolées. Il croît alors en 24 à 36 heures, par petites colonies d'un blanc grisâtre, saillantes, fréquemment enfoncées, constituées par de longs bacilles se colorant par les méthodes ci-dessus décrites si on les examine dans une culture fraîche,

mais mal si la culture est ancienne, car alors apparaissent principalement les granulations décrites par Ernst.

« Ce microorganisme croît bien aussi dans le bouillon qu'il trouble légèrement et laissant un dépôt granuleux à la surface. Le bouillon devient facilement acide pendant les premiers jours pour redevenir alcalin cinq à six jours après ».

Le microbe décrit par Belfauti envahit également les tissus mais dans ceux-ci, sa coloration est malaisée, il résiste à la méthode Gram-Weigert. Si au lieu de faire des coupes, dans lesquelles les manipulations ordinaires le décolorent facilement, on pratique des râclages dans l'épaisseur de la muqueuse que l'on colore par le procédé ordinaire, on rencontre facilement le microorganisme à l'état de pureté et se colorant bien.

D'après cette exposition on voit que les caractères du microorganisme décrit correspondent parfaitement à ceux du bacille de la diphthérie et du pseudo-diphthérique, à part que celui-ci est sûrement toxique, tandis que l'autre n'est pas absolument inactif pour les animaux. La petite souris résiste bien à son inoculation, comme cela a lieu pour le bacille de la diphthérie. Chez le cobaye, au contraire, des cultures vieilles de dix à quinze jours, à la dose de 2 °/₀ ne produisent pas la mort, mais un œdème au point d'inoculation suivi d'une escharre, et parfois, au contraire, il provoque un abcès d'où on peut retirer le bacille lui-même. Ce fait est important, parce que le bacille se comporterait parfaitement comme les bacilles virulents qui seraient atténués. Cette action locale, œdème avec nécrose successive, correspond à celle qui produit localement le bacille diphthérique. Il y a pourtant une différence de manière : le poison de la diphthérie provoque rapidement l'œdème, qui est suivi, si l'animal survit, d'une gangrène sèche, la peau devient comme du cuir, puis elle tombe ; ici, au contraire, les faits procèdent diversement ; l'œdème est suivie d'une issue de sérum sanguinolent, puis purulent, la peau se gangrène et se détache, laissant subsister une plaie purulente ouverte qui se cicatrise lentement.

Les cultures ne sont pas toujours également virulentes. On se demande si le bacille qu'ils ont rencontré dans la sécrétion de l'ozène est diphthérique ou pseudo-diphthérique,

ou si c'est une autre espèce de la même famille? Il diffère du pseudo-diphthérique par son peu de végétabilité dans l'agar; par sa longueur et en ce qu'il ne trouble que légèrement le bouillon de culture. On le distingue nettement par la façon dont l'animal se comporte, le bacille pseudo-diphthérique étant complètement inactif. Il diffère seulement du bacille de la diphthérie parce qu'il ne produit pas une quantité de poison appréciable par nos moyens de recherches.

Le bacille de l'ozène a beaucoup d'analogie avec celui de la xérose ou atrophie de la conjonctive. Ce dernier se distingue toutefois du premier en ce qu'il ne se forme qu'un œdème transitoire au point d'inoculation. Comme le bacille ozéneux donne lieu aussi à un escharre ou à un abcès, il aurait un degré de virulence un peu supérieur à celui de la xérose. Les auteurs inclinent à penser que plutôt que des bacilles de la même famille, ils sont des représentants d'une même espèce à pathogénies diverses. Ce fait serait aussi confirmé par l'antagonisme du sérum antidiphthérique vis-à-vis de ce microbe. Si à deux cobayes, dont un est préventivement immunisé par le sérum, et l'autre, non, l'on injecte une quantité égale de culture du bacille diphthérique de l'ozène, l'immunisé semble ressentir davantage au début l'action du microorganisme, mais il n'y a jamais ni escharre, ni abcès, tandis que le cobaye de contrôle s'œdématie et subit la nécrose de la paroi où il fut injecté.

Ces résultats expérimentaux justifièrent l'application que firent les auteurs du sérum anti-diphthérique pour le traitement de l'ozène. Sur trente-deux malades soignés, ils affirment avoir obtenu seize fois un état voisin de la guérison, c'est-à-dire la disparition des croûtes et de l'odeur, et chez les autres, une amélioration notable. Les malades étaient, pour la plupart, des individus jeunes souffrant depuis longtemps et qui avaient été traités pendant longtemps sans résultat. La durée de la cure, pour la catégorie des cas guéris, varia d'un minimum de trente jours à un maximum de soixante-huit jours; le nombre des unités immunisantes injectées chez un malade, oscilla de 5 200 à 27 200. Presque toujours les injections furent suivies d'un certain nombre d'œdèmes répétés au point

d'injection, d'exanthèmes, urticaire, etc., mais qui furent de courte durée. Les seize cas améliorés, très sensiblement pour quelques-uns, furent soignés de quinze à soixante-douze jours, le nombre des injections varia de quatre à trente-cinq, et l'on injecta de 5 200 à 48 000 unités. Dans cette seconde catégorie de cas, on observa presque toujours de légers troubles au point d'injection, ou dans l'état général. Au cours du traitement, on signala fréquemment des épistaxis, rares comme on sait, chez cette classe de malades.

Grâce à l'amabilité du Dr Belfanti qui a mis libéralement à ma disposition d'importantes doses de son sérum, j'ai pu instituer le traitement dans un certain nombre de cas : j'ai exposé les premiers résultats de ces recherches à la même séance de l'*Académie de Médecine*. Dès ce moment, j'attirai, le premier, l'attention sur l'action bienfaisante exercée aussi par la sérothérapie sur les otites purulentes chroniques dont deux de mes malades ozéneux étaient atteints.

Depuis cette époque, plus de deux mois se sont écoulés, durant lesquels j'ai continué et étendu mes recherches ; je crois qu'aujourd'hui le moment est arrivé de communiquer les conclusions auxquelles j'ai abouti, et qui me permettent, il me semble, de formuler un jugement explicite au moins sur certains points essentiels, à propos desquels j'avais cru devoir faire quelques réserves dans ma précédente communication (1).

Je désire aussi m'occuper spécialement de la sérothérapie des otites (2).

Sur plus de cinquante cas d'ozène examinés bactériologiquement, grâce également à la courtoisie de quelques confrères qui ont bien voulu m'expédier de chez eux des croûtes retirées sur des cas typiques, j'ai pu m'assurer de la présence constante dans la sécrétion de l'ozène, tant du bacille diphthé-

(1) Voir *Archivio italiano di otol. rin. e. lar.*, 1896, IV, p. 195.

(2) Les expériences ont été faites en partie à ma Clinique de l'hôpital Saint-Jean, avec le concours du Dr Gibelli, en partie dans ma clientèle privée; l'examen bactériologique a été pratiqué par les Drs Gibelli et de Simoni, et les cultures et les recherches expérimentales sont dues au Dr Pes. J'adresse des remerciments à tous ces collègues.

rique de Belfanti que du bacille muqueux de Lœwenberg-Abel et dans la muqueuse obtenue par le grattage du bacille diphthérique. Des recherches nombreuses pratiquées sur la sécrétion d'autres formes de rhinites demeurèrent complètement négatives sur ce point. Je citerai le cas d'une jeune fille, atteinte de rhino-pharyngite chronique avec sécrétion abondante, survenue à la suite d'une diphthérie aiguë ; cette malade ne portait pas de bacille. Le Dr Pes communiquera à une autre occasion d'autres faits bactériologiques ; je m'occuperai surtout ici du côté clinique de la question.

Je ne pus, dans les cas d'ozène que j'ai observés, reconnaître aucun rapport entre la préexistence de la diphthérie vraie de la gorge et l'éclosion de l'ozène.

J'ai soigné vingt-quatre cas, dont deux peuvent être considérés comme guéris, neuf très améliorés et cinq légèrement ; dans sept autres, je dus suspendre le traitement après quelques injections, et enfin, dans un dernier cas, le malade est soigné depuis un temps trop court pour qu'on en puisse tirer une conclusion quelconque.

Les injections furent pratiquées sous la peau du dos et des flancs avec le sérum anti-diphthérique du Laboratoire de Milan, dirigé par le Dr Belfanti et ordinairement avec 100 unités immunisantes par cent. cub. Les injections furent de 300 à 1 000 et 1 500 unités.

Je crus nécessaire d'abolir tout traitement local ; les malades n'étaient autorisés qu'à pratiquer des lavages de simple propreté, et seulement lorsque l'accumulation de la sécrétion nécessitait ce moyen.

Le contrôle clinique des effets locaux du traitement fut très difficile, parce que le jugement de l'existence de la plus ou moins grande quantité de croûtes et de l'odeur qui y est liée, a été démontré très faux par la pratique. Même sans lavages ou tamponnement les croûtes peuvent être expulsées par le malade lui-même en soufflant simplement par le nez, quand elles ont atteint des dimensions suffisantes pour être aisément détachées par l'air pendant les efforts d'expiration. Ainsi, assez souvent lorsque je trouvais les cavités nasales presque débarrassées des sécrétions, les malades m'assuraient qu'ils en

avaient rejetées en abondance quelques heures avant mon examen. Pour ces faits, nous sommes donc obligés de nous fier au jugement des malades eux-mêmes en ce qui concerne l'influence du traitement.

J'ai observé quelquefois une action presque élective du remède sur la muqueuse nasale ; par exemple, chez un malade dont les lésions atrophiques nasales étaient encore peu manifestes, les trois premières injections furent toujours suivies d'un état congestif de la muqueuse nasale avec sécrétion séreuse abondante. Dans d'autres cas, je remarquai l'issue spontanée par le nez de quelques gouttes de sang. Ordinairement, ces affections locales sont plus marquées avec la progression des injections.

Des cas guéris, un fut soigné pendant cent-dix jours et reçut 28 500 unités immunisantes en vingt-sept injections, l'autre fut traité durant soixante-treize jours et reçut 25 700 unités immunisantes en vingt quatre injections. De l'examen de ces deux cas il résulte un premier fait important, la disparition de la sécrétion du bacille diphthérique. On remarquera que la sécrétion du second malade renfermait avant le traitement une telle quantité de bacilles diphthériques, que c'est précisément de la sécrétion de ce cas que le Dr Belfanti tira une des préparations pour la démonstration de son bacille qu'il fit à cette Académie. Un autre fait digne de remarque est que ce second cas, qui concernait un ozène typique remontant à une vingtaine d'années, ne s'améliora que lentement et transitoirement pendant les injections ; c'est seulement quelques jours après la suspension du traitement que le malade lui-même, instruit et intelligent, observa presqu'à l'improviste une transformation dans l'état de son nez ; les croûtes ne se formèrent plus, l'odeur disparut et il put renoncer à ses lavages quotidiens.

Il semble donc que les modifications apportées à l'organisme par les injections, aient besoin de quelque temps avant d'influencer d'une façon appréciable le développement du bacille diphthérique.

Cette guérison sera-t-elle temporaire ou définitive ? Ce point ne sera élucidé que par l'observation ultérieure des malades.

Quant aux caractères cliniques de la guérison, je dirai que la sécrétion est réduite à de faibles proportions, les croûtes ne se reforment plus, et la muqueuse a un aspect humide, velouté, comme turgescent.

Neuf cas se sont beaucoup améliorés, en voici l'indication :

1° Q. 27 000 U. I. en 26 injections ; 107 jours.
2° V. 22 500 U. I. en 25 injections ; 101 jours.
3° C. 22 000 U. I. en 23 injections ; 85 jours.
4° M. 16 350 U. I. en 17 injections ; 110 jours.
5° F. 15 250 U. I. en 18 injections ; 45 jours.
6° G. 15 000 U. I. en 15 injections ; 54 jours.
7° P. 12 000 U. I. en 18 injections ; 116 jours.
8° E. 2 500 U. I. en 3 injections ; 22 jours.
9° L. 1 500 U. I. en 3 injections ; 10 jours.

Dans tous ces cas l'amélioration fut très notable ; ainsi qu'on le voit, elle n'est pas uniquement en rapport avec le nombre des unités immunisantes employées et avec la durée du traitement, puisque les chiffres varient de 1 500 à 27 000 unités immunisantes, et de dix à cent seize jours. Ordinairement, le mieux ne se manifeste qu'après six ou sept injections, et alors il revêt aussi un caractère transitoire ; toutefois, malgré la continuation des injections il arrive que l'amélioration ne continue pas ou donne lieu à des rechutes improvisées qui découragent le malade et le médecin. C'est seulement au bout de dix ou quinze autres injections que le mieux s'accentue définitivement.

Je veux attirer davantage l'attention sur ce que les premiers symptômes qui apparaissent sont ceux que l'on peut considérer comme accessoires dans l'image clinique de l'ozène, et que, justement parce qu'ils sont accessoires, ils opposent le plus de résistance au seul traitement local. Deux de mes malades, atteints de céphalée frontale grave, dépendant évidemment de la diffusion du processus ozéneux aux sinus frontaux et à la partie haute des fosses nasales (il existait aussi une anosmie complète), virent disparaître d'une façon définitive la céphalée après les premières injections, en même temps que

l'état du nez s'améliorait. Chez une autre malade, la mauvaise odeur dont elle se plaignait disparut rapidement; dans un troisième cas, des phénomènes réflexes de caractère vertigineux en relation avec l'accumulation de croûtes sur le cornet moyen d'un côté, furent vite modifiés par le traitement.

Dans un groupe ultérieur de cas, l'amélioration ou ne survint pas, ou fut transitoire. Ces cinq cas sont les suivants :

1° Ca. 27 000 U. I. en 28 injections ; 75 jours.
2° Ma. 21 000 U. I. en 21 injections ; 95 jours.
3° Am. 14 000 U. I. en 16 injections ; 50 jours.
4° Cl. 13 000 U. I. en 11 injections ; 44 jours.
5° De. 11 500 U. I. en 12 injections ; 40 jours.

Chez ces malades, le traitement semble n'avoir eu que peu d'influence sur l'affection, mais on peut espérer que l'immunité conférée à l'organisme pourra, avec le temps, modifier les conditions de développement des bacilles, ainsi qu'on l'a observé dans un des cas guéris. Quatre de ces malades continuent à se soigner.

Finalement, dans une dernière catégories de cas, le traitement fut suspendu peu de temps après le début dans six cas, parce que les malades ne se représentèrent plus, probablement parce qu'ils souffraient de troubles attribuables aux injections, et un individu porteur d'une affection cardiaque organique qui, à la suite de deux injections, ressentit des phénomènes d'insuffisance.

Quant aux réactions produites par l'injection de sérum on rencontre des individus qui supportent bien même des doses élevées ; chez d'autres, au contraire, l'injection est suivie de phénomènes de réaction locale et générale. Plus fréquemment, on observe des tuméfactions douloureuses des glandes lymphatiques de la région, des érythèmes et des œdèmes, des boursouflures comme de l'urticaire, accompagnées de prurit et de réaction fébrile. Dans un cas je remarquai des taches cutanées hémorrhagiques, surtout aux membres inférieurs, qui reparurent à plusieurs reprises même sans que les injections fussent continuées et qui, par leur gravité, forcèrent à suspendre le

traitement. Dans d'autres cas j'observai de la douleur et une tuméfaction des articulations, particulièrement celles du genou et des doigts des mains et des pieds. Je ne rencontrai jamais de troubles rénaux. Le malade doit être surveillé avec soin, et les injections interrompues tant que les phénomènes de réaction persistent. Par ces précautions, je crois que l'on peut éviter les accidents graves dérivant de l'emploi du sérum.

Quelle est la cause des divers résultats obtenus chez différents malades ozéneux ? Lorsque l'issue du traitement est peu favorable, on peut penser qu'il s'agit d'un stade trop avancé de l'affection, dans lequel, comme il arrive pour d'autres maladies infectieuses, l'infection passe en seconde ligne comparativement aux altérations de caractère dégénératif et cicatriciel survenues dans les tissus. On peut aussi formuler l'hypothèse qu'en relation avec les variétés existentes dans les formes cliniques de l'ozène, quelques-unes sont produites par une espèce de microorganisme, d'autres par diverses espèces, ce qui se vérifie, ainsi qu'on le sait, pour d'autres maladies infectieuses, qui ont aussi cliniquement un type unique.

En tout cas, les belles recherches de Belfanti sont appelées à résoudre la partie certainement la plus importante du problème pathologique de l'ozène, celle qui a trait au germe infectieux. On admettra certainement aussi une disposition particulière du malade pour la détermination de cette maladie. Les recherches que je poursuis depuis plusieurs années me permettent de diviser les ozéneux en trois catégories :

I. Un certain nombre d'entre eux sont des individus nés de parents syphilitiques, et alors la maladie peut aussi représenter l'unique symptôme des infections chroniques, atténuée par l'hérédité et signifiée par la diathèse. Habituellement, au contraire, elle s'accompagne de kératite interstitielle, dents de Hutchinson, lésions labyrinthiques, etc. Cet ozène doit être distingué des affections syphilitiques héréditaires des fosses nasales, ces dernières ayant des caractères anatomo-pathologiques et cliniques spéciaux, et reconnaissables au moyen de critériums thérapeutiques. L'ozène, au contraire, représenterait dans cette catégorie de cas une affection parasyphilitique au sens de Fournier, précisément comme la kératite intersti-

tielle, qui, on le sait, outre la syphilis héréditaire, peut être en rapport avec d'autres causes morbides.

II. Une autre catégorie d'ozéneux est fournie par les individus atteints de tuberculoses locales (glandulaires, cutanées, osseuses, articulaires, ou leurs suites), ou par des individus n'offrant pas trace de tuberculose mais dans les familles desquelles on rencontre cette affection.

III. Sur une troisième catégorie de malades, l'analyse même la plus diligente ne révèle avec sûreté l'existence d'aucune diathèse. Il n'est pas injustifié de croire que la progression de nos connaissances fera diminuer petit à petit le nombre des cas compris dans cette catégorie.

On doit à présent se demander s'il s'agit, dans les classes susdites de cas d'une prédisposition commune, d'une diminution de résistance de l'organisme, qui favorise le développement dans les fosses nasales du même germe infectieux, ou s'il existe dans les diverses catégories différents micro-organismes pathogènes pouvant donner lieu à plusieurs aspects cliniques de l'ozène, plus ou moins étroitement liés à une diathèse déterminée ? Les faits semblent donner raison à la première hypothèse.

Au point de vue clinique, où commence et où finit l'ozène, quels en sont les caractères essentiels ? Est-ce l'examen bactériologique qui fournira la décision dans les cas douteux ? Ou bien se servira-t-on comme critérium principal de l'odeur *sui generis* qui fit donner son nom à la maladie ? Ou bien se basera-t-on sur l'atrophie de la muqueuse et du squelette nasal, sur la déformation caractéristique du nez externe, ou finalement sur la qualité physico-chimique de la sécrétion ? Tous ces indices, excepté peut-être le premier, l'odeur, peuvent exister isolément sans que l'on soit pour cela autorisé à parler d'ozène ; selon l'idée clinique, adoptée aujourd'hui par la plupart des auteurs, l'ozène serait constitué par la coexistence de plusieurs de ces caractères.

En dehors des otites moyennes aiguës liées à la véritable diphthérie de la gorge, la sérothérapie antidiphthérique trouve aussi son indication dans certaines formes d'otite moyenne à forme chronique. Dans quelques cas d'ozène, l'affection se

propage à l'oreille en donnant lieu à des otites moyennes catarrhales chroniques ou à des otites purulentes à forme chronique, qui sont aussi caractérisées cliniquement par la ténacité avec laquelle elles résistent au traitement local. Dans ces formes, j'ai pu établir sûrement que la sérothérapie a une influence favorable sur le cours des otites, améliorant les troubles fonctionnels dans les formes sèches et faisant diminuer ou disparaître l'otorrhée dans les formes purulentes. Parmi les otites purulentes chroniques, on en rencontre d'autres, qui, quoique non associées à l'ozène, laissent reconnaître dans la sécrétion l'existence du bacille diphthérique atténué ; la sérothérapie fournit également d'excellents résultats dans ces formes d'otites. Je recherche actuellement dans quelles diverses formes cliniques d'otite moyenne purulente chronique on rencontre plus fréquemment le bacille de Belfanti et quels rapports ce bacille entretient avec l'affection auriculaire.

Il reste certainement encore beaucoup à étudier avant que l'on puisse émettre un jugement définitif sur la valeur curative du sérum antidiphthérique dans l'ozène et les otites : il faut se garder des conclusions trop hâtives, et se tenir à égale distance tant des enthousiasmes que du scepticisme injustifié. La période des preuves n'est pas encore surmontée ; beaucoup de problèmes complexes attendent une solution. De toute manière, la découverte de Belfanti a une très grande importance non seulement au point de vue de la pathogénie de l'ozène et de certaines otites purulentes, et de leur thérapeutique efficace, mais encore pour les conceptions plus élevées de la pathologie générale. En effet, ce serait le premier exemple vraiment démontré de maladie infectieuse à forme chronique, curable d'après le principe de la sérothérapie spécifique.

IV

NOTES BACTÉRIOLOGIQUES SUR L'OZÈNE

Par les Drs **O. PES** et **G. GRADENIGO** (de Turin) (1).

Pour faire nos expériences, nous avons inoculé directement les croûtes ozéneuses sous la peau des lapins. Dans tous les cas nous avons observé la formation d'un œdème séro-hémorrhagique des plus intenses envahissant les parties déclives du corps. Les animaux succombaient rapidement en 24 ou 48 heures. Seulement dans le cas où la peau s'ulcérait et l'œdème s'écoulait en dehors de l'organisme, le lapin résistait pendant quelques jours, mais on voyait apparaître des ulcérations cutanées nécrotiques qui s'étendaient lentement sans aucune tendance à la réparation.

Chez les lapins morts rapidement, à part l'œdème hémorrhagique sous-cutané, il n'existait pas de lésions appréciables des organes internes. Des cultures du sang du cœur dans onze cas sur quatorze examinés, donnèrent lieu seulement au développement d'un bacille très petit et mince, facile à voir à l'examen microscopique des croûtes ozéneuses. Dans celles-ci, on le trouve à côté du diplo-bacille muqueux de Lœwenberg-Abel, et plus spécialement au voisinage des bacilles longs, minces, droits ou arqués décrits par Belfanti et della Vedova comme pseudo-diphthériques.

Le petit bacille croît fort bien dans les milieux nutritifs ordinaires, il trouble le bouillon, forme une légère platine blanchâtre sur l'agar, ne fluidifie pas la gélatine. La virulence de ce microorganisme est variable ; une inoculation dans

(1) Communication à l'Académie Royale de médecine de Turin, le 10 juillet 1896.

la veine de l'oreille d'un lapin (un cm. c.) le tua en quelques heures par septicémie suraiguë; inoculé dans le péritoine d'un cobaye, celui-ci succomba aussi à une septicémie accompagnée d'ulcérations superficielles disséminées dans le foie.

Un autre cas d'inoculation dans la veine de l'oreille d'un lapin demeura sans effet, mais au bout d'un mois environ, l'animal mourut dans le marasme, sans lésions macroscopiques des organes internes et l'examen bactériologique fut négatif. Une autre inoculation sous la peau du dos d'un lapin y produisit un œdème inflammatoire intense, auquel succéda la formation d'une collection purulente formant bourse qui persiste depuis trois mois et l'animal vit encore,

Toutefois l'inoculation sous-cutanée d'un cobaye donna des résultats plus égaux. Au bout de 24 heures il se produisit un violent œdème de la région inoculée avec une traînée de sérum sanguinolent le long du trajet de l'aiguille. Il se formait ensuite une escharre superficielle nécrosée qui s'étendait ultérieurement par la formation de croûtes d'un brun jaune. Le cobaye vivait ainsi jusqu'à l'apparition fatale d'une infection secondaire qui généralement le tuait. On pratiqua également des inoculations de petites quantités de culture dans le bouillon sur les muqueuses nasales de lapins et de cobayes, après irritation préalable au moyen d'un instrument grossier. Il se développa toujours une rhinite catarrhale aiguë avec sécrétion abondante et de petits bacilles dans la sécrétion. L'affection guérit spontanément en six ou dix jours.

Nous avons pu obtenir facilement aussi par l'isolement dans des cultures sur plaques, le microbe que nous isolions sur le lapin. On voyait se former des colonies à développement rapide, rondes, transparentes, d'une couleur blanchâtre, sans rien de caractéristique. Nous constatâmes toujours sa présence dans les croûtes ozéneuses quand les éléments figurés étaient bien conservés. Mais lorsque, ainsi qu'on le voit souvent, la croûte était constituée par des détritus de nature diverse, il était difficile de le découvrir en raison de sa ténuité et de son peu d'aptitude à la coloration. Il ne résiste ni au Gram, ni au Gram-Weigert.

S'il se multiplie rapidement dans les moyens nutritifs ordi-

naires, sa vitalité diminue prestement, et donne lieu à des formes enveloppantes, décolorées, ou à la formation de granulations chromatiques de très petite taille. Il ne produit pas l'odeur nauséabonde caractéristique de l'ozène. Il se développe mal dans le bouillon anaérobique.

Donc, tout en confirmant l'exactitude des faits observés par Lœwenberg, Abel et par Belfanti et della Vedova, nous croyons toutefois que le micro-organisme sus-indiqué, certainement pathogène, et non décrit jusqu'ici par d'autres auteurs, dont la présence est constante dans les croûtes et sur la muqueuse des ozéneux, doit être classé à côté du diplo-bacille des premiers et du pseudo-diphthérique des seconds. En tout cas, nous sommes convaincus que des recherches ultérieures sont nécessaires, avant d'établir la spécificité d'un microbe de préférence à l'autre, ou plutôt les rapports spéciaux de symbiose capables de reproduire la forme typique de l'ozène.

V

LOCALISATIONS PHARYNGIENNES RARES DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Par le Dr **MOUNIER**, de Paris (1).

Les lésions de la syphilis héréditaire tardive portant sur le nez et le pharynx sont assez fréquentes, et nous ne voulons pas ici refaire ce chapitre de pathologie que tous les spécialistes connaissent bien.

Nous désirons simplement attirer l'attention sur une localisation relativement rare des gommes dans la syphilis héréditaire tardive, l'affection, dans ce cas, pouvant être prise pour tout autre chose que la syphilis ou passer inaperçue pendant assez longtemps.

Nous voulons parler de la gomme unique du pharynx supérieur, localisée à cette partie de la paroi pharyngienne cachée à l'état normal par la portion libre du voile du palais.

Nous rapportons ici trois observations où cette seule manifestation de la syphilis héréditaire tardive, a été méconnue pendant plusieurs semaines, rien ne pouvant expliquer, jusqu'à la découverte de l'ulcération, les douleurs vives ressenties au fond de la gorge par les malades.

Nos sujets étaient deux jeunes filles de 18 et 22 ans, et une fillette de 11 ans. Nous ajouterons de suite que pour les deux dernières, nous avons pu avoir de leurs médecins habituels des renseignements très précis sur les malades elles-mêmes, et, dans un cas, sur l'hérédité paternelle.

Les sujets étaient indemnes de toute trace antérieure de syphilis ; deux nous sont déclarées vierges par les médecins qui les soignent depuis longtemps ; nous sommes donc dans

(1) Communication à la Soc. franç. d'otol. et de laryng. Séance du 5 mai 1896.

les meilleures conditions pour croire à de la syphilis héréditaire.

Du reste, le traitement purement ioduré et quelques pansements au nitrate d'argent à 1/30, ont amené la guérison complète en trois ou quatre semaines. Chez notre plus jeune patiente, un mois après la disparition de l'ulcération pharyngienne supérieure, il se développait deux gommes sur une jambe ; les deux ulcérations qui leur firent suite ont rapidement cicatrisées par l'emploi de l'iodure et du sirop de Gibert.

OBSERVATION I. — Jeune fille de 18 ans, ouvrière, à l'aspect chétif, n'est pourtant jamais malade ; a eu dans son enfance de la kératite, soignée assez longtemps dans une clinique ophtalmologique. On ne relève chez elle aucune trace de syphilis acquise.

Père et mère bien portants ; d'après son dire, la mère aurait fait plusieurs fausses-couches. Elle a un frère de deux ans plus âgé, en bonne santé.

Cette malade se plaint d'une gêne considérable au fond de la gorge avec mauvais goût au réveil et douleur à la déglutition. Elle a déjà vu un médecin, mais comme les amygdales ne sont pas rouges, que le fond de la gorge est de coloration normale, on a songé à une affection nerveuse et administré du bromure.

Au moment où nous examinons Mlle X., le fond de la gorge a de même une apparence saine ; le voile du palais est tout au plus un peu rouge, mais non tuméfié. La rhinoscopie antérieure ne donne aucun renseignement utile et nous pratiquons plutôt par habitude, la rhinoscopie postérieure, persuadé que notre malade est une nerveuse. A peine le miroir est-il en place, que nous découvrons une large ulcération de la paroi supérieure du pharynx avec rougeur vive de la face postérieure du voile. Nous pouvons même, en relevant simplement le voile avec un stylet, apercevoir toute la moitié inférieure de l'ulcération.

Cette dernière est circulaire, à bords nets, légèrement saillants ; son fond est grisâtre, recouvert de pus assez adhérent ; autour de l'ulcération s'étend une zone inflammatoire. Nous avons là le type bien net d'une gomme ulcérée.

Sous l'influence d'un traitement ioduré (3 grammes par jour), et des pansements au nitrate d'argent à 1/50, la surface grisâtre s'est rapidement détergée, et, en trois semaines, une muqueuse rouge encore avait comblé la perte de substance.

Dès le cinquième jour, après le commencement du traitement, toute gêne à la déglutition avait pour ainsi dire disparu.

OBSERVATION II. — Mlle X., 22 ans, grande et robuste, nous est adressée par un confrère pour des douleurs au fond de la gorge que l'examen direct ne peut expliquer.

La malade est surtout gênée dans la déglutition.

Le fond de la gorge est absolument normal et ce n'est qu'en soulevant le bord libre du voile du palais qu'on découvre une ulcération à fond grisâtre ronde et à bords taillés à pic.

Les renseignements sur le père sont précis ; son médecin le connaît pour un vieux syphilitique infecté avant son mariage. Cette fille est unique, la mère, morte, n'avait pas fait de fausses couches.

L'examen de la jeune malade est absolument négatif aussi bien au point de vue des traces de syphilis acquise que de syphilis héréditaire.

Nous n'en donnons pas moins le traitement ioduré qui, en trois semaines, amena la complète cicatrisation du point ulcéré.

OBSERVATION III. — Mlle X., 11 ans, orpheline depuis l'âge de 6 ans, nous est adressée pour des douleurs à la déglutition et un peu de rougeur persistante du fond de la gorge, sur le pilier gauche. Elle est daus un Orphelinat où le médecin habituel l'a suivie avec soin depuis son entrée.

Petite, au teint pâle, quoique non anémique, elle a présenté souvent des douleurs articulaires prises pour du rhumatisme et qu'on a traitées par le salicylate de soude et l'iodure à petite dose. On n'a jamais relevé chez elle aucune éruption de nature douteuse ni même de maux de gorge avant cette atteinte.

Les dents incisives supérieures et inférieures sont petites, encochées au sommet ; état de la cornée excellent ; ganglions légèrement hypertrophiés dans toutes les régions où on les rencontre le plus souvent.

Le nez est sain, pas de sécrétions exagérées. En soulevant légèrement la luette, nous découvrons facilement une ulcération à bords surélevés et à fond grisâtre ; le pilier postérieur gauche est, en outre, un peu rouge.

Nous prescrivons, sans hésiter, 1 gr. 50 d'iodure en trois fois, par jour. La malade a été vue pour la première fois le 1er février, le 26, l'ulcération était définitivement comblée.

Les douleurs avaient cessé dans la première semaine du traitement.

CONCLUSIONS

1° Il existe des manifestations de la syphilis héréditaire tardive du pharynx qui peuvent être méconnues.

2° L'accident, dans ce cas, se montre sous forme de gomme unique de la paroi supérieure du pharynx sans irritation appréciable des piliers ou du voile.

3° Cette gomme, en s'ulcérant, détermine de vives douleurs à la déglutition et dans tous les mouvements du voile du palais.

4° La rhinoscopie postérieure peut seule établir le diagnostic, le simple examen à l'abaisse-langue ne laissant pas voir l'ulcération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 28 *janvier* 1896 ([1]).

Président : Prof. GRUBER.

Secrétaire : Dr Pollak.

1. GRUBER. — **Coloboma auriculaire, réussite de la plastique.** — G. rapporte un cas de coloboma auriculaire opéré avec succès. Ainsi qu'on le voit sur le moulage pris avant l'opération par le Dr Henning, il s'agissait d'une fissure congénitale du pavillon de l'oreille gauche d'un homme de 22 ans. La fente traversait tout le pavillon depuis l'hélix jusqu'en avant et partageait le pavillon en deux parties, la portion inférieure comprenant l'antitragus et le lobule, et la supérieure l'autre partie du pavillon. Les bords de cette fente étaient recouverts d'un épithélium normal, et les diverses parties du pavillon normalement développées. Le lobule s'étend dans sa portion antérieure tout le long du visage. La portion sise au-dessus de la fissure du pavillon formait avec la face latérale du crâne un angle de 75°, tandis que la partie située au-dessous de la fente formait avec la paroi latérale du crâne un angle de 30°. Aussi, de prime abord, en regardant le malade en face, la déformation se remarquait d'autant plus que le pavillon normal de l'oreille droit était inséré ordinairement. Cette malformation qui, naturellement, se voyait encore davantage de profil décida le malade à venir nous consulter.

On pouvait très facilement toucher les bords de la fissure, seule, la partie supérieure du pavillon conservait sa position primitive, et en regardant le malade de face, la difformité était aussi visible. Donc, pour l'opération, il fallait supprimer la fente

([1]) D'après le *Monats. f. Ohrenh.* Février 1896.

et en même temps donner une situation normale à la portion supérieure du pavillon.

Dans ce but, on retira d'abord des bords de la fente de larges lambeaux cutanés que l'on réunit par des sutures. Ensuite, on s'aperçut que la peau de la face postérieure du pavillon régressait davantage que celle de la face antérieure, et Gruber décida de ne pas réunir en une fois la suture, ce qui pourrait produire une vilaine cicatrice, mais on rejoignit par des agrafes spéciales d'abord les bords cutanés de la face antérieure, puis ceux de la face postérieure du pavillon, puis, pour éviter une discontinuité de l'hélix, on y attacha la première agrafe en prenant bien soin d'adapter exactement les bords de la plaie.

Afin de rapprocher davantage la partie supérieure du pavillon de la paroi crânienne latérale, l'auteur eut recours à la plastique qu'il avait employée avec succès plusieurs années auparavant. On pratiqua derrière le pavillon deux incisions semi-circulaires ayant environ cinq centimètres de long opposées comme concavité, qui se rejoignaient en haut et en bas à angle vif, à travers la peau, de sorte qu'une incision aboutissait au pavillon auriculaire à environ un centimètre de son insertion, et la seconde à la même distance de la précédente sur la mastoïde. La peau environnant ces deux incisions fut détachée et excisée. L'hémorrhagie assez abondante fut arrêtée par la ligature des artères intéressées, et les bords de la plaie réunis par cinq agrafes. Par l'application d'un pansement antiseptique au moyen duquel la peau suturée fut comprimée dans l'angle d'insertion avec de la gaze iodoformée, le pavillon recouvra sa forme primitive, et aucun signe de réaction n'étant apparu consécutivement, le pansement fut retiré huit jours après. A ce moment, les bords de la plaie étaient cicatrisés et le pavillon de l'oreille n'offrait plus qu'un angle légèrement inférieur à celui de l'autre côté. Les agrafes furent enlevées, mais par précaution on maintint encore le pansement durant quelques jours. Actuellement, il n'y a plus de différence entre les deux pavillons et la réunion des bords de la plaie est parfaite (1).

2. Urbantschitsch parle d'une fillette de 14 ans souffrant depuis six mois d'une **suppuration de la caisse gauche**, vers la mi-décembre les maux de tête et les vomissements sont devenus fré-

(1) Le malade est revenu le 29 janvier à la Clinique de Gruber ; il est très satisfait du résultat ; son état est toujours le même.

quents, et le 24 décembre elle est restée plusieurs heures en syncope. U. la vit pour la première fois le 25 décembre et pratiqua le jour même l'opération radicale. Il découvrit un vaste antre mastoïdien qui, ainsi que l'attique, était rempli de détritus et de masses cholestéatomateuses; l'enclume manquait, le marteau sain fut excisé, sur une petite portion du tegmen tympani la dure-mère était libre. Pendant l'opération, il s'écoula du toit de l'antre et de l'attique une forte hémorrhagie artérielle, provenant vraisemblablement d'une artère méningée. L'hémorrhagie fut arrêtée en dix minutes par un tampon de gaze iodoformée (tandis que dans un autre cas, U. dut suspendre l'opération et la continuer seulement cinq jours plus tard). Après l'intervention, la malade se trouva parfaitement bien; la température était de 38,7 le jour de l'opération, 37,8 le lendemain et ensuite de 37 à 36,5. La plaie se cicatrisa promptement, les manifestations cérébrales antérieures disparurent; seulement une semaine après l'opération, la malade ressentit un léger mal de tête et une somnolence qui n'influèrent en rien sur l'état général de la fillette qui répondait à toutes les questions.

Le 9 janvier 1896, après une bonne journée, la malade succomba subitement sans accidents prémonitoires.

L'autopsie pratiquée par le Prof. Kolisko montra, dans le lobe temporal du côté gauche affecté, un abcès gros comme un œuf de poule, environné d'une épaisse capsule (de trois à quatre mois de durée) et présentant entre lui et le tegmen tympani une partie cérébrale normale. Le tour de l'abcès était œdématié, c'est là la seule cause de mort apparente. U. fait voir la pièce.

L'auteur rapporte ensuite un second cas observé simultanément avec le précédent concernant une femme de 34 ans, atteinte depuis trois ans d'un écoulement purulent de l'oreille gauche, et en décembre 1895 de douleurs occipitales, rigidité du cou, vertige, malaises et désordres passagers. Lorsque la malade vint se faire opérer à la Clinique le 2 janvier 1896, la température atteignait 40° avec troubles méningitiques. Malgré tout, U. pratiqua l'opération radicale, et l'on trouva la cavité mastoïdienne et l'attique remplis de cholestéatome; sur un point du toit de l'antre mastoïdien la dure-mère apparaissait à nu. Les osselets extraits étaient sains. On fit la transplantation de Thiersch-Siebenmann. Le jour de l'opération (pratiquée à huit heures du matin) et le lendemain dans la matinée (6 janvier) la malade se sentit bien et n'eut pas de fièvre, mais l'après-midi apparut une forte fièvre (39,5) qui ne s'atténua pas (39 à 40,6); la plaie était

normale et n'offrait pas trace de rétention purulente. Avec l'accès de fièvre survint une déviation conjuguée des deux yeux et une inclinaison de la tête à gauche, qui rendit très malaisée l'inclinaison à droite, les yeux ne se tournaient aussi qu'avec peine vers la droite. Apparemment, la malade avait toute sa connaissance; le jour même elle fut atteinte d'aphasie complète avec quelques monophasies isolées, et par ci par là des monolalies. Le 7 janvier apparut la parésie des deux extrémités droites avec contraction et augmentation des réflexes, pendant l'anesthésie et l'analgésie. Au contraire, les extrémités gauches étaient plutôt hypéralgésiques. Malgré la possibilité de l'apparition de ces symptômes par un abcès du lobe temporal gauche, U., d'après les accidents méningitiques, et l'état des forces de la malade, renonça à toute intervention nouvelle. Mort le 9 janvier, autopsie par le Prof. Kolisko : Pachyméningite chronique interne et pachyméningite et leptoméningite purulente. La face interne de la dure-mère sur l'hémisphère gauche était recouverte d'un exsudat membraneux, fibro-purulent, et les méninges, à la base et autour du chiasma, en arrière vers le (pons) et la moelle, puis à la convexité de l'hémisphère gauche le long de certains sillons étaient infiltrées d'exsudat séro-purulent. Pas d'abcès cérébral.

Ainsi que U. le fait observer, le premier cas, vu le manque de foyer, était un abcès du lobe temporal gauche, tandis que le second ayant un foyer ne suppurait pas.

3. Urbantschitsch montre encore **un projectile qu'il a extrait de la caisse d'un individu** par une opération après morcellement d'un fragment de la paroi postérieure du conduit auditif. La balle de revolver avait pénétré à travers le conduit sans le léser, s'était introduit dans la caisse et aplati contre le promontoire. Le malade était sourd de cette oreille-là. Après l'extraction du projectile, on voit le promontoire écrasé, mais rien au labyrinthe.

Deux jours après l'opération qui avait réussi, survint une parésie faciale qui dégénéra la semaine suivante en paralysie totale.

U. attribue cette dernière à la compression du nerf facial et il eut recours aux courants d'induction ; ne voyant pas d'amélioration après une semaine de traitement, U. essaya de l'action mécanique sur le facial en frappant rapidement les muscles paralysés, méthode déjà employée avec succès par l'auteur dans un autre cas de parésie faciale. En effet, encore cette fois le

choc procura chaque fois une diminution sensible de l'action musculaire, et ce traitement associé aux courants d'induction amena en six semaines une guérison presque complète.

4. Enfin, Urbantschitsch présente un **séquestre**, consistant en un **limaçon entier** qu'il a retiré de l'oreille droite d'une femme : Par extraordinaire, après l'extraction du limaçon la malade percevait plus distinctement le diapason appliqué sur les os de la tête à droite qu'à gauche et latéralisait à droite les diapasons posés au milieu de la tête ; c'est seulement trois mois après l'extraction du limaçon que la malade commença à devenir incertaine au sujet de la localisation subjective, et à partir du quatrième mois les tons du diapason furent mieux perçus par l'oreille gauche saine, symptôme qui, depuis lors, c'est-à-dire une année, subsiste toujours. Ainsi que l'auteur le fait observer, ce cas pourrait être pris au sens d'Ewald, qui croit qu'après la destruction de l'organe périphérique, le tronc acoustique produit encore des sensations auditives qui disparaissent seulement quelques mois plus tard à la suite de l'atrophie du nerf acoustique. Toutefois, U. ne se range pas à cette opinion, mais il conclut que la latéralisation du son du diapason dans l'oreille droite privée de limaçon est d'origine incertaine. L'idée d'Ewald ne pourrait être admise qu'au cas où la sensation auditive persisterait après la destruction bilatérale des limaçons. Jusqu'ici U. n'a rencontré qu'un cas décrit par le Dr Max où la suppression des deux limaçons avait engendré une surdité bilatérale totale.

Gruber n'accepte pas l'opinion de l'auteur au sujet de la surdité absolue consécutive à l'exfoliation du limaçon ; il croirait plutôt que la perte partielle du labyrinthe ne provoque pas forcément une surdité complète. G. cite trois cas de sa Clinique où ce fait ne s'est pas produit. Il ne faudra pas se hâter de repousser l'idée d'Ewald ; au contraire, on aura bientôt d'autres vues sur la fonction des portions isolées du labyrinthe que celles que l'on a actuellement.

Max se déclare également partisan des opinions ayant cours jusqu'à présent.

Bing croit que l'extrémité de l'appareil nerveux fonctionne dans les canaux semi-circulaires par des excitations comme organe de coordination, et par d'autres excitations comme appareil percepteur des sons.

5. Pollak montre **un séquestre de limaçon** qu'il a retiré au moyen d'irrigations de l'oreille droite d'un homme atteint d'otite moyenne purulente : celui-ci était couché plusieurs mois sans connaissance et paralysé d'un côté dans un service de médecine de l'Hôpital Général. A sa sortie, il souffrit durant un certain temps de vertige et d'incertitude dans la marche. L'épreuve de l'ouïe révéla une surdité totale de l'oreille droite pour tous les genres de tons ainsi que pour l'air et la conduction ostéo-tympanique. Weber latéralisé à gauche. Pour le moment, pas de troubles de coordination, seulement lorsqu'il ferme les yeux, le malade ne se tient pas bien sur une jambe. Le résultat de l'examen électrique de l'oreille fut intéressant. En posant les électrodes de façon que le An soit sur l'avant-bras, et le Ka sur le tragus droit, avec un courant de 5 milliampères et l'occlusion cathodique, le malade ne perçut pas plus distinctement les sons par l'oreille sourde. L'auteur en conclut que le tronc acoustique lui-même, excité par le courant électrique, est en état de procurer une sensation auditive.

6. Pollak a fait composer par le pharmacien Grohs, de Vienne, des **ovules auriculaires gélatineux**, médicamenteux, sur le modèle de ceux que Gruber a introduits en 1878 dans la pratique, qui, au lieu de contenir comme d'ordinaire du sulfure de zinc ou de l'opium, renfermaient 10 °/₀ **d'acide phénique**. Il les essaya d'abord dans l'otite externe circonscrite, où il en obtint d'excellents effets. Peu de temps après leur introduction dans le conduit auditif externe, les souffrances s'amendaient notablement, et dans 70 °/₀ des cas la maladie fut enrayée. Ces heureux résultats décidèrent Pollak à employer les bougies dès le début de l'otite moyenne aiguë. L'action calmante et curative des bougies de gélatine phéniquée fut plus prompte que l'application de gouttes de solution glycéro-phénolée de 10 à 20 °/₀ recommandée par Bendelack-Hewetson.

Leur emploi est très simple et doit être préféré aux gouttes glycéro-phéniquées. P. est nettement opposé au reproche fait à la glycérine liquide de brûler le conduit auditif ; il est de l'avis de Gruber qui dit qu'ils s'écoulent en un liquide aqueux, clair, qui imprègne l'ouate employée pour oblitérer le conduit auditif où il s'écoule.

Séance du 25 février 1896 [1].

Président : Prof. GRUBER

Secrétaire : Dr KAUFMANN

1. KAUFMANN. — **Un cas d'abcès péri-sinusien avec pyémie, guéri par une opération.** — Fillette de 12 ans, souffrant de l'oreille depuis des années, ressentit subitement, le 22 janvier dernier, un frisson qui dura environ une demi-heure, nouveaux frissons les deux jours suivants, le 24, syncope avec vomissements. Perte du sommeil, céphalée intense avec sensation de vertige.

Lorsqu'elle se présente, le 25 janvier, à la Clinique du Prof. Politzer, la malade somnole, température, 38,5, vomissements répétés. L'organe interne est normal, pas de manifestations du côté des nerfs cérébraux. Oreille droite normale.

Oreille gauche : conduit auditif rempli d'un pus épais fétide, très étroit, on ne distingue plus l'oreille moyenne. Les parties molles de l'apophyse mastoïde sont normales, mais un peu sensibles à la pression vers la pointe, de même que la région sise au-dessous de l'apophyse mastoïde. On ne distingue pas l'acuité auditive.

Opération radicale immédiate qui dévoile une apophyse mastoïde hypérémiée, une grande quantité de pus à une petite profondeur et des masses cholestéatomateuses humides, sales et d'un vert gris. Après avoir enlevé de l'attique et de l'oreille moyenne les granulations molles et les masses cholestéatomateuses (on ne voit pas les osselets), on dégage tout le sinus du côté du temporal. Les alentours du sinus contiennent une grande quantité de pus épais, la paroi du sinus est un peu colorée, on voit dans le sinus du pus liquide. Pour cette raison, on n'ouvre pas le sinus. Plastique de la paroi postérieure du conduit auditif. Pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain, température 37,9, pas de frisson. Depuis, la température est normale. Cicatrisation normale.

(1) D'après le *Monatsch. f. Ohrenheilk*, mars 1896.

2. GOMPERZ. — **Malade de 23 ans bien constituée atteinte d'une anomalie congénitale des orifices tubaires pharyngiens et d'un diverticule du toit pharyngé.** — Aux deux orifices tubaires, qui ressortent surtout à droite dans le pharynx nasal, est insérée la portion supérieure du bourrelet, le long du bord externe de la choane, en forme de boule, et plus loin, longeant le toit pharyngien, sur une largeur de 2 millimètres, les deux bandes se rejoignent et forment un arc qui semble être formé du même tissu que le bourrelet de la trompe, il paraît aussi âpre. Il fait issue à 3 ou 4 millimètres au-desus du niveau de la muqueuse, de sorte que d'un côté il recouvre les choanes, et de l'autre il offre l'image d'une excavation de la paroi supérieure du pharynx grosse comme une pièce de 10 pfénings; la muqueuse est lisse, assez mince, avec plusieurs ouvertures profondes, fissures à bords aigus, dont l'une, longue de 4 millimètres et large de 2 millimètres est située dans la ligne médiane. Il n'existait ni intervention opératoire postérieure, ni syphilis (des détails plus précis sur ce cas seront publiés après la confection d'un cliché dans le *Monatschrift*).

3. POLITZER. — **Anomalies osseuses de la paroi externe de l'attique.** — On a cherché à reconnaître après l'excision des os du périoste les anomalies de l'attique consécutives à la destruction totale de la membrane de Shrapnell. Ce moyen pouvait servir pour la paroi osseuse inférieure amincie de la marge tympanique, mais non pour la paroi supérieure osseuse, épaisse de l'attique, qui protège la paroi supérieure du conduit auditif des vaisseaux osseux. L'idée de Walb, qui croit qu'une ostéite primitive suppurée de la marge tympanique peut provoquer une suppuration de l'attique et de ses annexes et une carie de la paroi de l'attique, n'est pas prouvée. P. incline plutôt à croire qu'à la suite du dégagement du bord de l'incision de Rivinus, la suppuration qui est ici la règle fait pénétrer les agents inflammatoires et les cocci putréfiés dans la cavité osseuse et désagrège le tissu osseux. Plus la suppuration se prolonge, plus les os sont atteints. Aussi la suppuration peut-elle donner lieu à une petite anomalie ou à une anomalie colossale de l'attique.

P. montre ensuite diverses préparations de sa collection.

1. Pièce provenant d'une femme de 75 ans. Membrane tympanique intacte. Membrane de Shrapnell détruite. Au-dessus de la courte apophyse, on voit un espace osseux gros comme un pois dans la paroi externe de l'attique, au travers duquel un choles-

téatome provenant du conduit auditif pénètre dans la cavité tympanique derrière le marteau et l'enclume. On voit au fond de l'attique une membrane formée par du tissu cicatriciel.

2. Préparation prise sur une femme de 88 ans. La moitié postérieure de la membrane du tympan est détruite, la moitié antérieure, épaissie, le manche du marteau adhérant à la moitié de la membrane tympanique, en contact avec la paroi interne de la cavité tympanique. Sur la courte apophyse, on distingue une grande anomalie osseuse dentelée s'étendant à une partie de la paroi postérieure du conduit auditif et dégageant l'antre mastoïdien. On voit dans l'attique et dans l'antre des masses cholestéatomateuses d'un blanc sale. L'ouverture des trompes est obstruée par du tissu cicatriciel.

3. Pièce provenant d'un individu inconnu (examiné par hasard) présentant des cavités communiquant avec la partie de la membrane tympanique soudée à la paroi externe de la cavité du tympan. Anomalie osseuse étendue de l'attique externe, à travers laquelle on aperçoit la tête dégagée du marteau. Gruber et Gomperz ont aussi observé des cas de ce genre où l'enclume faisait défaut.

4. Préparation avec fort épaississement et pigmentation de la membrane tympanique. Anomalie osseuse de la paroi de l'attique. Destruction de l'enclume et de la tête du marteau, qui semble ne plus tenir.

5. Phtisique atteint de carie de la paroi de l'attique et du tympani. Fractures multiples de la dure-mère. Mort par méningite.

6. Coupe décalcifiée de la cavité tympanique provenant d'une fillette de 13 ans ayant succombé à une pleurésie. Destruction de la membrane de Shrapnell avec une partie de la paroi de l'attique. Soudure du manche du marteau au tegmen tympani et adhérence de la membrane tympanique à la paroi interne de la caisse du tympan, ainsi qu'Hartmann l'a vu dans une perforation de la membrane de Shrapnell.

Discussion.

Gruber fait remarquer qu'il a publié il y a quelques années dans la *Wiener allgemeine med. Zeitung* un article sur les *ectasies* secondaires du temporal dans lequel il développait sa théorie sur leur origine. Il attire l'attention sur ce que la partie

supérieure du bord interne du conduit auditif de la membrane tympanique reçoit directement son tissu des parties molles du conduit auditif, qu'il n'existe pas à cet endroit d'anneau cartilagineux, que les vaisseaux tympaniques sont plus puissants, et que, d'une part, le tissu contenant du sang est plus disposé à de fortes inflammations, et, d'autre part, que les os ne sont pas protégés par l'anneau cartilagineux comme à d'autres endroits du bord interne du conduit auditif externe, et qu'ainsi ils pensent être plus facilement détruits par la suppuration. Une autre prédisposition à l'infection de l'antre est que la partie squameuse destinée à former l'apophyse mastoïde renferme plus de substance diploétique et que sitôt après la naissance les espaces cellulaires de ces régions sont facilement infectés par les microbes, ce qui explique la manière dont les os sont attaqués.

4. A. Kreidl, assistant de l'Institut Physiologique du Prof. Exner, présente un chat, chez lequel il a détruit, un an auparavant, les deux **nerfs acoustiques** par une modification de la méthode d'Ewald. L'opération aboutit à détruire simultanément après avoir dégagé la bulle au moyen du Paquelin les acoustiques par le foramen rotundum dans le méat acoustique interne et le nerf facial. Quand l'acoustique est détruit, on observe encore durant l'opération un écoulement de liquide cérébro-spinal et du nystagmus horizontal.

Au bout d'un an, l'animal présente les symptômes suivants : démarche perceptible, mouvements persistants de la tête, maladresse pour manger et sauter. Manque de réaction galvanique.

Kreidl croit que ces troubles proviennent de l'oreille interne.

Cette présentation est suivie d'une discussion à laquelle prennent part Politzer, Gruber et Kreidl.

5. F. Alt. — **Résultat de l'autopsie d'un cas de maladie de Ménière (leucémie).** — A. rapporte un cas observé avec le D[r] F. Pineles. Journalier de 66 ans n'ayant jamais eu de maladie grave jusqu'à l'hiver de 1894, moment où il commença à se plaindre sérieusement de maux de tête, de faiblesse et de fatigue ; en juin 1895 un vertige violent et des bourdonnements d'oreille le firent tomber en syncope, et lorsqu'il revint à lui, il avait presque totalement perdu l'ouïe. C'est seulement quatorze jours après qu'il perdit complètement le pouvoir auditif. Depuis, le malade

demeura alité, il eut de fréquents accès de vertige et entra en juillet 1895 dans un service de médecine de l'hôpital général.

Là, on diagnostiqua une leucémie myélo-liénalis chronique accentuée (2 600 000 corpuscules sanguins rouges sur 600 005 blancs, environ 1 sur 4, gros leucocytes mononucléaires nombreux, cellules médullaires à côté de lymphocytes, corpuscules rouges isolés contenant un noyau, tuméfaction énorme de la rate, foie très gros, hématome étendu). Examen de l'oreille : forte rétraction bilatérale de la membrane tympanique troublée, absence de réflexe lumineux. Le diapason C^2 vertex n'est pas perçu extérieurement devant l'oreille gauche et sur l'apophyse mastoïde gauche on n'entend pas le C^2, C^1 et Ć, l'oreille droite perçoit seulement les forts diapasons C^2 C^1 et C pendant peu de temps, et pas à travers les os. La voix parlée n'est entendue qu'au voisinage immédiat de l'oreille droite, surdité complète à gauche. Des courants de 15 à 20 M. A. ne produisent pas le vertige.

Mort le 8 septembre 1895. Autopsie. Leucémie myélo-liénale avec hématomes leucémiques suppurés. Les deux temporaux et le tronc cérébral ont été enlevés pour être examinés.

Le tronc cérébral et le nerf acoustique, traités par la méthode de Weigert-Pal, présentent les modifications suivantes : Dans le trajet intra-médullaire de l'acoustique, ainsi que dans les racines latérales et médianes de l'acoustique, on voit, à de nombreux endroits, des infiltrations à petites cellules leucémiques plus ou moins importantes. La porte de sortie de l'acoustique où les deux racines se choquent est très infiltrée, la pie-mère est légèrement épaissie et infiltrée. Les fibres acoustiques sont un peu dégénérées. Le noyau acoustique, la région des quadrijumeaux, le cervelet ne sont pas modifiés pathologiquement. Pas de trace d'hémorrhagie.

Oreille moyenne intacte. Examen du labyrinthe (Dr Kaufmann) négatif (contrôlé par Gruber, Politzer et Weichselbaum) ; les modifications leucémiques décrites du labyrinthe ne sont pas appréciables, et sont masquées par la calcification de la pièce. Dans les cas observés jusqu'ici les modifications atteignaient soit le labyrinthe (Politzer, Steinbrügge, deux cas, Lannois, Wagenhaüser) ou l'oreille moyenne (Gradenigo). On ne parle nulle part des modifications de l'acoustique, probablement parce qu'on n'a pas examiné le tronc cérébral. Dans ce cas, on a d'abord reconnu l'infiltration leucémique de l'acoustique.

Comme la littérature ne contient pas de cas d'affection isolée

de l'acoustique ayant provoqué la maladie de Ménière, on peut considérer cette observation comme la première. Le fait que les courants de 15 à 20 M. A. n'ont pas produit le vertige chez le malade, pourra, suivant Pollak, être attribué à des lésions de l'appareil coordinateur.

Discussion.

Gruber fait observer que les nombreuses préparations montrées par l'auteur n'offrent pas trace de l'organe de Corti. G., dans les nombreuses pièces qu'il a examinées, lorsque le labyrinthe était développé, a toujours reconnu la trace de l'organe de Corti sur les coupes microscopiques. Mais sur ces préparations il est comme rasé, on n'en distingue plus rien, tandis qu'on voit les anomalies du labyrinthe. Gruber croit que la calcification détruit l'organe de Corti, et il dit qu'il ne faudrait pas conclure que l'inflammation leucémique atteint seulement l'acoustique, mais aussi le labyrinthe. Toutefois, l'examen labyrinthique est fort intéressant.

Alt répond qu'il attache la plus grande importance à l'infiltration leucémique de l'acoustique, et qu'il n'a envisagé que secondairement son influence sur la maladie de Ménière.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE D'IRLANDE

Séance du 13 décembre 1895 (1).

Dr J. J. Burgess. — **Deux cas d'affections de la gorge avec symptômes rares.** — 1° Dans un cas d'amygdalite suraiguë il y a eu des hémorrhagies abondantes et répétées sans que le point de départ exact ait pu être reconnu ; cette hémorrhagie était indépendante d'un abcès ouvert, elle persista après la disparition des accidents aigus et ne parut céder, enfin, qu'à l'anémie du patient, ayant résisté à tous les moyens employés. 2° Un jeune homme en bonne santé en apparence est pris subitement d'un accès de suffocation dont il ne revient que par la respira-

(1) D'après le *Brit. méd. journ.*, 1896, p. 22.

tion artificielle ; on lui verse alors un peu d'alcool dans la gorge, ce qui provoque un spasme épouvantable et l'asphyxie ; la respiration artificielle est, cette fois, continuée durant six heures avant de ramener le patient à la vie ; une éruption de rougeole survient et la maladie suit sa marche normale.

Séance du 10 janvier 1896 (1).

Dr R. H. Woods. — **Excision complète du larynx avec phonation ultérieure possible.** — Le sujet présenté à la société a été opéré en 1892 par le Dr Solis Cohen. La trachée s'ouvre au dehors sur la ligne médiane du cou et il n'existe aucune communication entre les voies aériennes et la bouche ; la phonation se fait probablement dans l'œsophage et le pharynx à l'aide de replis ou de tractus musculaire vibrant dans une colonne d'air expulsée après déglutition. M. N. W.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Compte rendu, par le Dr O. Laurent.

Séance du 23 février 1896.

L'assemblée se constitue en société d'otologie et de laryngologie, continuant l'œuvre des réunions qui se tenaient depuis 1890, signale les articles suivants des statuts : « La société comprend des membres titulaires, des membres associés étrangers et des membres d'honneur. Les médecins belges ou étrangers qui ont participé aux travaux des réunions antérieures font partie de droit de la société. Les médecins étrangers qui adressent à la société une demande par écrit peuvent être nommés membres associés étrangers à la suite d'un vote. La société se réunit

(1) D'après le *Brit. méd. journ.*, 1896, p. 340.

deux fois par an. A la réunion d'été, la séance du matin est consacrée à l'examen des malades; celle de l'après-midi est réservée à la discussion des questions étudiées par des rapporteurs; ceux-ci font parvenir vers le 15 avril un résumé de leur rapport au secrétaire, qui en envoie copie à tous les membres titulaires. La société publie un compte rendu officiel de ses séances. Les recettes sont constituées par une cotisation annuelle de 10 francs imposée aux membres titulaires.

M. le Dr Delie, d'Ypres est élu président pour l'année courante.

Deux questions seront mises à l'ordre du jour de la prochaine séance :

1° Pathogénie et traitement de l'ozène. *Rapporteurs :* MM. Capart et Delsaux ;

2° Rhinite pseudo-membraneuse aiguë et diphtérie nasale. *Rapporteurs :* MM. Eeman et Bayer.

1. M. Eeman. — **A propos d'un cas de trachéotomie.** — Il s'agit d'un homme de 50 ans, n'ayant jamais souffert d'affection de la gorge ; un accès clapique de goutte (le premier) se déclare aux deux pieds. Puis surviennent des douleurs de la moitié droite du cou et de la dyspnée. Je constate une phlébo-thrombose de la jugulaire droite et l'œdème de la moitié droite du larynx avec diminution de la fente glottique. Trachéotomie d'urgence ; cataplasmes sinapisés et aloés. Le malade va mieux (quinzième jour), mais le pronostic reste réservé en raison des dangers d'embolie. C'est dans un cas analogue à cause de phlébite aiguë se développant chez les goutteux au niveau de veines importantes (saphènes). Si ce fait n'est pas unique, il est exceptionnellement rare.

2. M. Eeman. — **Angine à streptocoques traitée par le sérum antistreptococcique.** — E. eut a traiter, par la sérothérapie, un enfant de 4 ans, atteint d'angine à streptocoque. La guérison était complète en quelques jours. On connaît la gravité de cette affection. Je suis décidé à appliquer la méthode à tous les cas d'angine à streptocoques purs, et même à combiner les injections de sérums antistreptococcique et antidiphthérique dans ceux où les bacilles de Lœffler et les streptocoques sont associés.

Pour M. Cheval, les cas graves sont exceptionnels.

3. M. Eeman. — **De la diphthérie nasale.** — Depuis quelques années, j'ai observé six cas de diphthérie nasale primaire, sans extension

au voisinage. Cette affection disparaît spontanément en quelques semaines. Ce n'est donc, en apparence, qu'un simple rhume de cerveau. Chez un petit enfant, enchifrené depuis quelques jours, et ne présentant pas de fièvre, je constate la présence de membranes à bacille Lœfller, d'une virulence excessive. Il en est de même des autres cas : les enfants n'étaient pas indisposés. Voilà donc une cause de propagation du mal, et les cas sont nombreux. J'ai employé une fois le sérum de Roux, qui m'a paru raccourcir la durée de la maladie.

4. M. Rousseaux. — **Cornet ampullaire.** — Dans la pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter le cornet moyen est ampullaire. Cette lésion a été décrite pour la première fois par Zuckerkandl. Le cornet moyen est considérablement augmenté de volume, surtout dans sa moitié antérieure. A ce niveau il mesure, depuis le bord inférieur jusqu'à la lame criblée, 38 millimètres et 18 millimètres d'épaisseur ; sa longueur totale est de 50 millimètres, l'état physiologique, les dimensions sont de 23 millimètres, 2 à 3 millimètres et 38 centimètres. En outre, les cornets supérieur et inférieur sont atrophiés, et le bord supérieur de ce dernier présente une forte dépression dans laquelle vient se loger le bord inférieur du cornet moyen. Une dépression analogue, correspondant à la face externe de ce cornet, se rencontre sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur. La cloison était déviée à gauche. Ainsi, la fosse nasale droite était comblée par le cornet moyen, les autres cornets étant atrophiés ou détruits. La muqueuse est normale.

En incisant le cornet moyen, on constate une cavité ovoïde, close de toutes parts, dont le diamètre antéro-postérieur mesure 23 millimètres ; diamètre vertical et transversale 28 et 15 millimètres. Les parois sont constituées par trois couches : une membrane interne, très mince, en voie d'organisation conjonctive (avec nombreuses cellules embryonnaires) ; une couche moyenne, osseuse, et une externe muqueuse. Cette cavité ne renferme que de l'air.

L'expression de cornet pneumatique ou d'*hypertrophie pneumatique* de cornet, ne serait-elle pas plus explicite que celle de cornet ampullaire ?

Voici, du reste, une seconde pièce qui m'a été confiée par M. le D[r] Hennebert et dans laquelle nous voyons l'extrémité antérieure du cornet moyen renflée en ampoule et contenant un myxome.

M. Cheval propose, pour la première pièce, la désignation de *dilatation pneumatique* et M. Laurent celle de *kyste aérien*.

M. Rousseaux montre ensuite (sur la deuxième pièce) un quatrième cornet, formé par division du cornet supérieur. Cette altération se rencontre une fois sur trois chez l'adulte (Zuckerkandl), mais elle est plus fréquente, d'après les constatations de M. Rousseaux. Du reste, ce quatrième cornet existe toujours chez le nouveau-né (Moldenhauer), et disparaître en raison du développement des cellules ethmoïdales.

5. M. Bayer relate le cas d'un **ulcère induré de l'amygdale.**

6. M. Hennebert, d'un **carcinome épithélial du temporal** : un homme de 38 ans avait été opéré à l'âge de 12 ans pour un corps étranger (touche d'ardoise) de l'oreille gauche, et la fistule opératoire avait persisté. Celle-ci devint douloureuse et il se développa de l'empâtement. M. Delstanche pratiqua un curettage (après incision au-dessus de l'oreille) et rencontra une cavité fongueuse dont le fond était constitué par les méninges. C'était un carcinome épithélial. Fait intéressant : le malade n'avait pas présenté de phénomènes périphériques : la sensibilité, la motilité et la vue étaient normales.

7. Hennebert présente **un temporal carié.**

8. M. Rutten. — **Exostose du conduit auditif droit.** — Le sujet, âgé de 38 ans, avait reçu dans sa jeunesse un soufflet sur l'oreille. Pas d'écoulement préalable. A l'examen, je constate la présence d'une exostose. Ablation à l'aide de la gouge. La tumeur a une dureté excessive, mesure un demi centimètre de long sur un de large. Je suis d'avis que l'otorrhée a été la conséquence et non pas la suite de l'affection : le retour presque complet de l'ouïe, la disparition rapide de l'ostéo-périostite du conduit et de l'écoulement et l'absence de troubles mastoïdiens me fournissent la preuve de cette manière de voir.

BIBLIOGRAPHIE

Contributions cliniques à l'otiatrie, par Oskar Brieger (de Breslau) (Wiesbaden, J. F., éditeur. Bergmann, 1896).

Ce sont les résultats des observations faites durant les deux premières années d'existence du service pour les maladies de l'oreille fondé grâce au legs du docteur Ludwig Jacoby ; ce service spécial de trente lits avec policlinique, laboratoire, salle d'opération est une annexe de l'hôpital général de Breslau (Allerheiligen-Hospital). Il a été vu un certain nombre d'*anomalie de développement* de l'oreille, des *fistules* congénitales parfois héréditaires, des cas de *microtie* surtout ; dans l'un de ces cas il s'agit d'un garçon de 17 ans, élevé comme sourd-muet mais possédant pourtant un certain degré d'acuité auditive malgré l'arrêt presque complet du développement de l'oreille externe. Il entendait assez bien les sons moyens et élevés, tandis que les sons bas n'étaient pas perçus ; d'autre part, s'il arrivait à comprendre la parole les yeux fermés, il lui était impossible de saisir même approximativement la direction du son. — Chez un homme de 20 ans, qui avait eu les oreilles gelées deux ans auparavant, il existait depuis cet accident un *kyste* à l'une des oreilles, une tumeur dure, comme osseuse à l'autre ; le kyste ponctionné donna un liquide brun clair, limpide, visqueux, stérile ; il est permis de rattacher les deux altérations à une cause commune — une périchondrite par congélation. — Les *dépôts uriques* auriculaires sont très communs chez les goutteux, on évite, en général, d'y toucher ; l'auteur a observé un cas où l'oreille parsemée de tophus fut le siège d'un accès goutteux très violent, qui ne céda qu'après l'évacuation du contenu des nodules, contenu formé en majeure partie de cristaux d'acide urique. — Un cas de lupus limité au lobule de l'oreille au pourtour de la perforation chez une fille de 25 ans atteinte de tuberculose pulmonaire ; le diagnostic a été confirmé histologiquement, la guérison obtenue par le grattage et la cautérisation se maintient depuis neuf mois. — A deux reprises on a vu se développer à la policlinique une *épidémie d'otites diffuses pyo-*

cyaniques; la désinfection soigneuse de tous les objets utilisés fut sans effet jusqu'au jour où les tampons d'ouate servant à l'assèchement du conduit et préparés extemporanément furent remplacés par des tampons stérilisés à la vapeur; les mains des médecins avaient été le moyen de transport du contage. A cette occasion on a pu observer plusieurs fois que l'infection pyocyanique exerçait une influence des plus favorable sur la suppuration de l'oreille moyenne, laquelle tarissait rapidement dans ces conditions. — Chez une fille gravement hystérique l'auteur a vu du *pemphigus* typique limité aux conduits auditifs externes et au tympan; beaucoup plus tard l'éruption survint aux bras. Dans un autre cas de pemphigus généralisé mortel les oreilles étaient aussi envahies; lorsqu'il n'y a pas de vésicules entières l'aspect est absolument celui d'une otite diffuse. — *Exostose* du conduit auditif à la suite d'une fracture du crâne: cette exostose est un cal; chez un jeune homme de 16 ans exostores symétriques. — Une observation de *diverticule* du conduit auditif. — Les fractures, corps étrangers, ruptures du tympan n'offrent rien de particulier. — La cocaïne est un moyen fort infidèle pour l'*anesthésie* du conduit et du tympan; l'auteur s'est servi avec avantage et sans inconvénient du chlorure d'éthyle en pulvérisation. — Etude détaillée de l'*otite moyenne aiguë primitive à pneumococques;* dans un cas, cette otite s'accompagnait de néphryte aiguë hémorrhagique, de tuméfaction de la rate, d'hyperthermie, bref, d'infection pneumococcique; la guérison fut rapide et complète après l'incision de l'abcès mastoïdien sans trépanation. L'otite à pneumocoques est rare à la suite de la pneumonie précisément à cause de l'identité du microbe contre lequel l'organisme se trouve temporairement vacciné dans la convalescence de la pneumonie. Une certaine immunisation est conférée aussi par l'otite intense; ainsi un malade atteint d'otite presque tous les ans n'en a plus depuis une atteinte grave à pneumococque; un autre a une otite violente à pneumococque d'un côté, avec infection et trépanation mastoïdienne; dans le cours de la convalescence une otite à pneumococque atteint l'autre oreille, mais la réaction générale est insignifiante et l'affection locale guérit en six jours; cette immunité paraît être de courte durée. — Chapitre fort complet sur les otites secondaires, de cause locale ou générale avec un certain nombre d'observations intéressantes. A propos du *diagnostic de la présence du pus* dans la caisse du tympan l'auteur attire l'attention sur un symptôme qu'il a trouvé lors

d'une otite dont il fut atteint lui-même et qui consiste en un battement douloureux isochrone au pouls; cette douleur pulsatile débuta 24 heure après les douleurs et disparut après la paracentèse; depuis, les malades questionnés sur ce symptôme l'ont toujours accusé dans les cas où l'incision du tympan confirmait plus tard le diagnostic de purulence, dans le cas aussi où il y avait rétention du pus après l'incision, l'orifice étant bouché par de la poudre de manière à développer une certaine pression dans la caisse. Dans le *traitement de l'otite aiguë* l'auteur s'abstient au début aussi bien des lavages que des poudres et se borne à un tamponnement léger du conduit auditif à l'aide de gaze stérilisée qui agit comme drainage, sans être irritante comme l'est assez souvent la gaze iodoformée ou la gaze phéniquée. Il se sert volontiers du peroxyde d'hydrogène en répétant l'instillation toutes les 2 heures après assèchement du conduit; les bulles de gaz agissent mécaniquement pour nettoyer en partie la caisse; quelques cas traités par la douche d'air (par le cathéter) après la cédation des accidents aigus, ont eu une marche très favorable. — *La névralgie tympanique* a été observée fréquemment, plusieurs fois chez des hystériques anciennement atteintes d'otites; dans deux de ces cas l'excision du tympan en partie calcifié et du marteau amenèrent une guérison instantanée et définitive peut-être due à la suggestion? Très souvent la névralgie a été vue chez des filles syphilitiques, la douleur cédant au traitement spécifique. — *La diplacousie* est moins rare qu'on ne le pense, mais elle ne peut être facilement étudiée que chez des musiciens; elle est liée quoique non constamment à la paracousie et la perception dysharmonique des sons, l'auteur apporte une observation intéressante de ce genre et étudie la physiologie de la question. *Les bruits subjectifs musculaires* et vasculaires sont également l'objet d'une étude originale. — En étudiant les affections de l'oreille interne l'auteur consacre un long chapitre à la *surdité ourlienne*; il en cite un cas où l'intermédiaire entre la parotidite et la surdité paraît avoir été une méningite circonscrite. M. N. W.

L'otite moyenne tuberculeuse, par le Dr Monscourt (*Thèse* de Paris, 1896).

La thèse du Dr Monscourt est un travail très complet et documenté sur une question encore assez mal connue en France, et dans lequel l'auteur s'est attaché à l'étude de plusieurs points

originaux, tels que l'otorrhée gutturale, la malléite tuberculeuse.

Dans l'historique, deux périodes : l'une où il n'existe que des présomptions, basées sur la clinique ; l'autre période, vraiment scientifique, basée sur l'examen bactériologique (Eschle : 1883, Nathan : 1884), et à propos de laquelle nous trouvons résumés tous les travaux originaux parus sur la question.

I. — La première partie de la thèse est consacrée à l'étude *anatomo-pathologique.*

Le bacille arrive à la caisse par la trompe d'Eustache ; rarement par le conduit auditif, après perforation du tympan ; exceptionnellement, par voie lympho-sanguine.

Il s'y manifeste alors par des lésions d'ordre divers, que nous passons en revue avec l'auteur.

a. *Forme subaiguë.* — Caractérisée par l'infiltration de la muqueuse, et un exsudat plus ou moins franchement purulent, laissant à sa suite les adhérences les plus diverses.

b. *Forme chronique.* — Période de la caséification, d'où résultent des perforations ordinairement multiples, à tendances extensives. La muqueuse est infiltrée, parsemée de granulations ; l'infiltration siège surtout sur les parois interne et postérieure ; on observe des granulations et souvent des végétations polypoïdes. Les osselets sont atteints de carie ; tête et surtout manche du marteau, longue branche de l'enclume ; rarement l'étrier, leurs articulations ; les muscles intrinsèques sont aussi gravement lésés ; le facial est souvent intéressé par ostéite de voisinage ; la corde du tympan plus rarement.

Des lésions des parois, nécroses partielles, résultent les complications :

Paroi interne. — Habituellement intéressée par lésions des fenêtres et du labyrinthe ; intégrité du nerf auditif en général.

Paroi supérieure. — Amenant de la pachyméningite, rarement formation d'un abcès cérébral.

Paroi antérieure. — Participation de la trompe, assez souvent dans sa portion osseuse seule, de la carotide interne, dont l'ulcération, relativement rare, est due à des granulations très confluentes.

Paroi postérieure. — Extension à l'antre, d'où phlébite oblitérante du sinus latéral.

Paroi antéro-inférieure. — Altérations du conduit, surtout au voisinage de l'anneau tympanal ; plus rarement lésions de l'articulation par destruction de la paroi antérieure.

Paroi inférieure. — Altérations *rares*, prédisposant à la phlébite de la jugulaire interne.

c. *Forme aiguë.* — Lésions diffuses, et non plus localisées, aboutissant à l'ulcération rapide de la muqueuse, à la carie des osselets et des parois ; c'est une panotite, envahissant vite le rocher.

d. *Tuberculose miliaire aiguë du tympan.* — Infection locale caractérisée par le développement et la caséification de granulations miliaires ; ne se généralisant à la caisse que plus ou moins tardivement.

II. — La deuxième partie est consacrée à la *clinique*.

La constatation du bacille de Koch, au besoin des inoculations sont nécessaires pour affirmer la nature de l'otite.

Étiologie. — *Affection fréquente* : 30 0/0 des otites moyennes ; enfance et âge adulte ; bilatérale dans la moitié des cas environ. Les tuberculeux prédisposés au catarrhe pharyngo-nasal sont candidats à l'otite ; de même ceux qui ont eu quelque affection de la caisse antérieurement. La forme primitive est des plus rares.

Évolution. — a. *Forme subaiguë.* — Où l'on note des bruits subjectifs assez accentués, de la diminution de l'ouïe ; une sensation de tension pénible dans l'oreille plutôt que de franches douleurs. Le tympan est peu altéré ; la caisse est hypérémiée ; le tympan se déprime par formation d'adhérences ; quelques râles à l'auscultation.

L'affection s'amende bientôt, mais ne guérit qu'apparemment, les rechutes sont très fréquentes.

b. *Forme chronique.* — Sorte d'abcès froid de l'oreille dont l'otorrhée, variable à tous points de vue, est la première manifestation ; les douleurs ne surviennent que par rétention du pus, ou par des infections secondaires. Peu de troubles subjectifs ; vertiges assez fréquents, dus à l'ankylose des osselets et à l'existance de végétations. L'altération de l'ouïe est due souvent aux lésions de la paroi labyrinthique.

La paralysie faciale, liée à une compression, est progressive, elle offre des chances de guérison ; elle est brusque et incurable si le nerf se trouve détruit.

L'écoulement purulent par le pavillon de la trompe amène des lésions rhino-pharyngées : sécheresse de gorge, obstruction nasale, parosmies, formation de croûtes, qui rappellent l'ozène par leurs inconvénients.

Le tympan pâle et épais offre plusieurs perforations petites,

relativement fréquentes en haut et à la périphérie, se fusionnant souvent en une vaste perte de substance à bords déchiquetés.

Principalement sur la paroi postérieure de la caisse, et au niveau des osselets : infiltration et fougosités nombreuses ; carie des osselets : tête du marteau et corps de l'enclume, plus rarement manche du marteau, pouvant amener la carie de l'attique.

Le diagnostic bactériologique s'imposera en présence d'une otorrhée torpide et rebelle, avec ulcération vaste du tympan, sans période de réaction franche.

Il peut exister des rémissions fort longues ; la guérison est même possible après élimination des séquestres ; mais la durée est indéterminée, la guérison exceptionnelle ; l'état général et les complications viscérales jouent un très grand rôle dans le pronostic.

Complications. — Le bacille offre un terrain tout préparé aux infections secondaires ; le spectrocoque surtout amène les complication.

1) *Oreille interne.* — Propagation annoncée par des vertiges, nausées, et une surdité à peu près absolue.

2) *Méninges.* — Vertiges ; accidents visuels, céphalée, ralentissement du pouls.

3) *Rhino-pharynx.* — Obstruction nasale ; accidents simulant la pharyngite granuleuse ou hypertrophique.

4) *Carotide interne,* — Hémorrhagies à répétition ; ou grande hémorrhagie ; rapidement fatales en tout cas.

5) *Mastoïde.* — Abcès s'accompagnant de nécrose de l'os ; la mastoïdite d'emblée étant exceptionnelle ; la propagation au sinus latéral s'accompagne d'accidents cérébraux.

6) *Conduit auditif.* — Rempli de fongosités, et se nécrosant dans sa portion profonde ; l'arthrite temporo-maxillaire se caractérise par la déformation de la région, les douleurs et la gêne de mastication.

7) *Jugulaire interne.* — Dont la thrombose est rare ; l'ulcération exceptionnelle.

c. *Forme aiguë.* — Début violent ; l'otorrhée ne soulage pas la douleur : elle s'accompagne d'élimination rapide de séquestres, et de paralysie faciale ; la terminaison est fatale en moins de trois mois.

Le tympan est très vascularisé, recouvert de granulations, les ulcérations et infiltrations diffuses aboutissent vite à la carie du rocher.

d. *Tuberculose miliaire aiguë du tympan.* — Affection unilaté-

rale, à début brusque, presque toujours chez un enfant. Douleur vive, bourdonnements ; pas de suppuration, tympan très injecté, dont les granulations se transforment en ulcérations ; la guérison est très rapide, à moins que la caisse ne se prenne.

TRAITEMENT. — Symptomatique : désinfection ; destruction des fongosités ; ablation des séquestres contre l'ulcération de la carotide ; pas de tamponnement, mais ligature aussi précoce que possible de la carotide interne ou primitive. Contre la paralysie faciale, par compression due à un séquestre, aller à sa recherche par décollement du pavillon et conduit et large résection mastoïdienne, à partir du trou stylo-mastoïdien. Les lésions de l'attique et de la mastoïde seront traitées par les opérations classiques ; celles de l'oreille interne, au besoin en faisant sauter la paroi postérieure de la logette.

On n'obtiendra de résultats que s'il n'y a pas extension grave aux régions avoisinantes.

Dr RIPAULT.

Étude sur la médication thyroïdienne, par FLOURENS (Bordeaux, 1896).

Cette méthode agit efficacement dans le goître, le myxœdème, la maladie de Basedow ; ses effets sont moins nets dans le traitement des affections cutanées.

Si la médication reste inefficace, elle donne plus d'action aux autres modes de traitement, jusque alors sans résultats.

La thyroïdine est très active dans l'obésité ; elle produit un amaigrissement constant et progressif.

L'ingestion de lobes crus de la glande est souvent désagréable ; elle amène des accidents de thyroïdisme ; enfin, leur puissance thérapeutique est très variable ; les injections sont douloureuses.

Des pastilles, dosées exactement à 0gr,20 de thyroïdine préparées très aseptiquement avec des lobes frais et sains de thyroïde de mouton sont très actives, d'un effet constant, ne s'altérant pas avec le temps ; on n'observe pas d'accidents d'accumulation ; on remédierait vite à l'intolérance en prenant des fragments de ces pastilles, et au besoin de petites pilules de 0gr,05.

L'administration de ces pastilles représente donc le mode d'emploi le plus rigoureux et le plus scientifique de la thyroïdine, le principe actif de la glande.

Dr RIPAULT.

De la prothèse appliquée aux empyèmes de l'antre de Highmore, par le Dr Dunogin (Bordeaux, 1896).

L'auteur passe en revue les divers appareils inventés pour obturer, dans l'intervalle des lavages, les perforations alvéolaires du sinus maxillaire, et montre leur défectuosité.

Celui qu'il présente se compose d'un pivot en caouchouc occupant toute la hauteur de la perforation ; d'une pièce principale moulée sur le rebord du maxillaire, et occupant l'intervalle valle de deux adjacentes ; de deux prolongements, l'un vestibulaire, l'autre palatin et d'un petit crochet en os faisant ressort, et fixant l'appareil ; enfin d'une dent bien enchâssée dans la pièce en caoutchouc, et remplaçant exactement celle qu'on a dû arracher.

Les avantages de cet obturateur prothétique sont : sa légèreté jointe à la solidité ; son petit volume qui le rend peu gênant ; sa fixité par ses points d'appui multiples, qui l'empêche d'être irritant ; enfin il conserve intacts l'esthétique et les fonctions de la bouche ; avec lui, les lavages sont très faciles ; veut-on laisser se fermer le trajet, il suffit de réséquer le pivot ; il reste un appareil dentaire parfait.

Dr RIPAULT.

L'exploration de la bouche et du pharynx, par Gustave Spiess (Berliner Klinik, Heft 93, mars 1896, 32 pages).

Ainsi que l'indique le titre de ce travail, l'auteur nous donne la technique complète de l'examen des cavités buccales et pharyngées. Il discute l'interprétation de certains symptômes objectifs dont la vue peut être frappée, signale, chemin faisant, les difficultés que l'on peut rencontrer et qu'une grande habitude arrive à vaincre dans l'immense majorité des cas. A noter l'insistance particulière que met M. S. à recommander de procéder méthodiquement à l'examen de tous les organes qui nous intéressent, l'explorateur ne devant jamais passer à une région plus profonde avant de s'être assuré au préalable de l'état des parties plus superficielles.

L. EGGER.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Des influences reflexes de l'organe de l'ouïe sur l'appareil moteur de l'œil, par V. Urbantschitsch (*Wien. klin. Woch.*, n° 1, 1896).

L'œil réagit aux excitations parties de l'oreille le plus souvent sous forme de nystagmus, en général oscillatoire, rarement rotatoire. Dans un cas de l'auteur, l'excitation faible de la caisse du tympan provoquait le nystagmus oscillatoire qui devenait rotatoire lorsque l'excitation était plus vive. L'abduction forcée des yeux du côté de l'oreille saine favorise souvent l'apparition du nystagmus, l'auteur a cependant observé un cas contraire, le malade évitait le nystagmus en déviant violemment les yeux vers l'oreille saine et en même temps les vertiges liés au nystagmus. Les excitations très légères suffisent pour provoquer le réflexe oculaire, mais c'est surtout le lavage fait avec de l'eau fraîche qui le produit, de même qu'il est facilement cause des vertiges. Chez un jeune homme, observé par l'auteur, le nystagmus bilatéral survenait par accès spontanés, liés à un cholestéatome de l'oreille moyenne ; tout attouchement provoquait un violent accès de vertige et de nystagmus ; les accidents allèrent diminuant après l'ablation du cholestéatome. Dans un seul cas l'auteur a vu le nystagmus survivre à l'affection de l'oreille qui était une otite moyenne aiguë très intense causée par un corps étranger et rapidement guérie ; le nystagmus né à ce moment persiste encore après dix ans ; ce fait est exceptionnel car le nystagmus réflexe est, d'habitude, essentiellement passager, durant peu de secondes ; ce n'est parfois qu'une secousse unique.

La rapidité du mouvement convulsif des yeux dépend assez souvent de la nature et de la durée de l'excitation. Ainsi, chez un malade atteint de polypes de la caisse, la pression brusque sur le polype amenait un nystagmus oscillatoire à secousses brusques et de courte durée ; la pression légère et continue

provoquait un mouvement lent des pupilles vers l'oreille malade suivi d'un retour brusque à la position moyenne — ces mouvements duraient autant que la pression ; après l'ablation des polypes ce phénomène disparut et ne put être provoqué par la pression sur la base d'implantation du polype au niveau de la paroi labyrinthique. L'auteur a vu, à différentes reprises, le nystagmus provoqué par une impression auditive, par certains sons déterminés. Le nystagmus d'origine auriculaire est souvent faible et demande à être recherché, par il n'est nullement rare.

Le strabisme, au contraire, est rarement d'origine réflexe ; l'auteur en a observé deux cas ; le premier chez un enfant de 6 ans atteint depuis 2 ans d'otite moyenne et de strabisme convergent du même côté, qui augmentait et diminuait d'un jour à l'autre suivant que l'enfant souffrait plus ou moins de son oreille ; l'otite guérie, le strabisme demeura néanmoins quoique affaibli ; le second cas est celui d'une femme qui vit se développer un léger strabisme divergent au cours d'une otite causée par un polype ; au moment même de l'ablation du polype la déviation de l'œil augmenta notablement et persista au même degré plusieurs mois après.

On a observé un cas de paralysie du muscle grand oblique (Moos) et deux cas de réflexes pupillaires d'origine auriculaire (Moos, Gellé). M. N. W.

Rapports entre les lésions expérimentales de l'organe de l'ouïe et les échanges respiratoires, par Masini et Polimanti (*Bollet. delle malatt. dell'orecchio*, etc., 1896, n° 2).

Dans des études antérieures, Masini a montré que les lésions partielles ou totales de l'organe de l'ouïe amènent des troubles fonctionnels dans les centres bulbaires, que ces troubles sont plus prononcés dans les lésions partielles que dans les lésions totales, enfin que leur intensité est en rapport avec la gravité des troubles de l'équilibre et du mouvement.

Dans une série d'expériences nouvelles, le même auteur a constaté qu'un pigeon privé de canaux semi-circulaires présente des modifications profondes et durables dans l'élimination de l'acide carbonique (diminution), tandis que l'ablation du limaçon ne produit qu'un trouble léger et passager (augmentation momentanée) ; l'élimination d'acide carbonique redevient normale quand, après avoir supprimé les canaux semi-circulaires, on enlève le limaçon.

Ces expériences démontrent, une fois de plus, que les lésions de l'oreille influencent les fonctions des centres bulbaires et que ce sont surtout les lésions du limaçon qui retentissent sur le centre respiratoire. M. BOULAY.

Rapports entre les lésions expérimentales de l'organe de l'ouïe et les échanges matériels, par MASINI et POLIMANTI (*Bollet. delle malatt. dell'orechio*, etc., 1896, n° 2).

Une série d'expériences faites par les auteurs sur des chiens montrent qu'il se produit des oscillations en plus ou en moins dans l'élimination de l'urée, de l'azote et du phosphore selon que les lésions portent sur les canaux semi-circulaires, sur le limaçon ou, à la fois, sur ces deux parties de l'oreille interne. Ces résultats confirment les conclusions de leurs recherches sur les échanges gazeux. M. BOULAY.

Traitement des abcès du conduit auditif, par COURTADE (*Bullet. général de thérapeutique* 16 septembre 1895).

Après avoir retracé la symptomatologie et le diagnostic de l'affection, l'auteur nous donne la marche à suivre selon les degrés du mal.

Au début, on peut essayer de faire avorter l'abcès au moyen du nitrate d'argent au 1/10, de la glycérine phéniqué au 1/20 ou du salol camphré. Recommandé surtout le tubage décrit par l'auteur en 1893 et pratiqué avec un drain en caoutchouc.

Nous ne passerons pas en revue les nombreuses pratiques employées pour calmer les douleurs ; sangsues, bains d'eau boriquée chaude, cataplasmes, alcool, atropine, préparations opiacées.

L'incision précoce, encore discutée, calme sensiblement la douleur.

A la deuxième période, lorsque l'abcès forme une saillie évidente : inciser, et faire des injections antiseptiques que l'on facilite s'il y a lieu par le tubage.

A la troisième période, continuer les mêmes soins dont la cessation pourrait favoriser une rechute. Combattre ensuite le prurit au moyen de bains chauds suivis d'onction du conduit avec une pommade à l'oxyde de zinc.

Si l'otite externe est compliquée d'otite interne, apporter d'autant plus de soins à établir le libre écoulement du pus.

L. EGGER.

Un cas d'otite fongueuse, par Jacquemart (*Rev. de laryngol.* 14 mars 1896).

Il s'agit d'une otorrhée déjà ancienne, où le bourgeonnement polypoïde de la muqueuse de la caisse s'accompagnait de bruits subjectifs et de vertiges intenses.

Après une première guérison à la suite de l'intervention il y eut récidive avec phénomènes graves de compression labyrinthique (vertiges; battements extrêmement violents) et menaces de méningite.

Les phénomènes ne cédèrent qu'au curettage énergique de la muqueuse de la caisse, associé à un traitement antiseptique rigoureux.

L'auteur craint la fragilité de cette guérison, et se propose alors d'ouvrir largement l'antre et la caisse. RIPAULT.

Les suppurations de l'oreille et leur traitement, par P. Raugé (*Sem. méd.* 11 janv., 1896).

Revue complète dans laquelle l'auteur rappelle d'abord les voies d'infection de l'oreille moyenne et les recherches bactériologiques faites sur ce sujet. Il explique ensuite la ténacité de ces suppurations par la forme anfractueuse de la cavité, la surface étendue de ses parois et la difficulté d'accès pour les différents modes de traitement. Il conclut enfin par l'énumération des méthodes thérapeutiques employées actuellement et par leurs indications. Selon le degré de la maladie on aura recours soit à la prophylaxie des abcès de la caisse, soit au traitement de l'otite suppurée avant la perforation, soit au traitement de l'otorrhée simple, soit enfin au traitement chirurgical de l'otorrhée avec lésions osseuses. L. EGGER.

Contribution à l'étude des mastoïdites de Bezold, par le Dr Luc (*Arch. intern. de laryngologie*, janvier 1896).

A propos d'une très intéressante observation, l'auteur, insistant sur la rareté des cas déjà publiés (au nombre de 20), trace le tableau clinique de cette affection, imparfaitement décrite.

Etiologie. — La maladie est la conséquence du développement des cellules jusqu'à la pointe, et au voisinage immédiat de la face interne de l'os; aussi ne la rencontre-t-on pas chez l'enfant (cellules réduites à l'antre), et seulement à partir de la quarantaine.

Elle ne complique que les mastoïdites aiguës ou subaiguës.

Anatomie pathologique. — La collection purulente, après s'être limitée dans la fossette digastrique, fuse sous le sterno-mastoïdien profondément, en bas suivant la gaine du paquet vasculo-nerveux du cou, en arrière, dans les masses musculaires de la nuque.

En haut, la collection limitée par la base du crâne, peut la perforer, et former un abcès sous-dural.

Symptomatologie. — *Début* par une otorrhée de plusieurs semaines de durée, parfois en décroissance notable ; quelquefois par une mastoïdite primitive. Puis douleur rétro-maxillaire, aux attaches du sterno-mastoïdien et bientôt soulèvement manifeste à ce niveau, masquant en partie l'apophyse.

Le soulèvement de la région mastoïdienne va en se prononçant puis gagne la nuque ; enraidissement des mouvements du cou ; la fluctuation cervicale apparait ; ou bien elle se manifeste sur la paroi postéro-latérale du pharynx ; enfin, le pus peut s'attaquer aux organes intra-crâniens, amener la paralysie faciale et la mort même du sujet.

Marche. — Phlegmon à allures lentes et insidieuses ; des semaines, des mois même de durée, sauf dans le cas de l'auteur (diabète).

Diagnostic. — Le faire pour tout gonflement *sous* la pointe de l'apophyse au cours surtout d'une otite suppurée ; tenir grand compte de l'intégrité très habituelle de la face externe, et surtout de l'issue d'un flot de pus par le conduit, ou par l'antre une fois ouvert, lorsqu'on comprime la région cervicale sous-apophysaire.

L'issue du pus par le conduit doit être produite par une pression exercée sur le muscle même, et non en dehors de lui (lésions osseuses spéciales de Rossi).

Pronostic. — Affection dangereuse à cause de son insidiosité, de son siège profond, des altérations osseuses étendues, enfin, des complications intra-crâniennes, tant que le pus reste emprisonné dans la fossette digastrique.

Traitement. — A. Du phlegmon cervical.

L'ouvrir le plus tôt possible, et au point le plus déclive, là où la pression fait refluer le pus.

Découvrir le muscle, le disséquer d'avant en arrière, découvrir et attirer en avant son bord postérieur, puis ouvrir avec la sonde cannelée la gaîne des vaisseaux ; s'assurer enfin avec le doigt qu'on est bien à la limite inférieure de la collection.

B. De la lésion osseuse.

Ouvrir et curetter l'antre ; prolonger la brèche osseuse jusqu'à la pointe de l'apophyse ; s'assurer de la perforation de la face interne de l'apophyse.

Comme l'existence de fongosités est presque la règle, réséquer avec la gouge et la pince coupante toute la pointe pour bien mettre à nu tout le foyer digastrique ; la section des attaches du sterno étant sans inconvénients, il importe dans toutes ces manœuvres de bien éviter la jugulaire interne en agissant surtout de bas en haut.

On termine l'opération en plaçant un long drain.

RIPAULT.

Traitement des affections mastoïdiennes graves par l'implantation de pans cutanés, par Marmaduke Sheild (*Lancet*, 8 février 1896).

On détache de derrière le pavillon un ou deux lambeaux cutanés, les tissus sont ensuite nettoyés de façon à convertir le tympan et la cavité mastoïdienne en une ouverture commune, puis on replace les fragments cutanés pour former un revêtement à la cavité supprimée.

L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles survint une amélioration notable, mais non la disparition totale de l'écoulement. SAINT-CLAIR THOMSON.

Nécrose du labyrinthe, par Rueda (*Rev. de laryngologie*, 15 mars 1896).

Cas d'otorrhée consécutive à une rougeole, avec parésie faciale, guérie après extraction de plusieurs petits séquestres représentant la plus grande partie du labyrinthe.

Cette observation est intéressante par la rareté du fait (68 observations) ; la conservation d'une certaine audition : perception de la parole à quatre mètres ; enfin des troubles d'équilibration (dans la marche, tendance à tomber du côté atteint) indépendants de toute lésion méningo-encéphalique, comme l'ont démontré l'absence de tout autre symptôme cérébral, et la disparition presque immédiate des accidents après ablation des séquestres. H. R.

Les Sourds-Muets devant la biologie et la loi, par le Prof. S. Ottolenghi (*Archivio italiano di otologia, rinologia, e laringologia*, ann. IV, nº 1, janvier 1896).

Ce travail est une étude médico-légale très complète où

l'auteur, après avoir montré les dispositions légales prises en France, en Autriche, en Allemagne au point de vue de la responsabilité des sourds-muets, expose la manière dont cette question est jugée par le Code italien. Ce dernier considère le sourd-muet comme un être inférieur et lui enlève toute capacité civile.

Pour montrer combien cette mesure est injustifiée, l'auteur analyse les caractères anthropologiques, l'état de la sensibilité et du développement intellectuel du sourd-muet.

Il expose ensuite, en détail, l'esprit de la loi italienne en ce qui regarde la capacité civile et la responsabilité pénale de l'infirme. Il trouve, avec raison, qu'il est profondément ridicule de soutenir qu'un sourd-muet de 14 ans correspond à un enfant normal de 9 ans, et qu'un sourd-muet de 18 ans équivaut à un enfant normal de 14 ans !...

Aussi conclut-il à la nécessité qui s'impose de remanier complètement le Code italien. Il ne faut pas généraliser, mais, bien au contraire, spécialiser seulement les cas isolés où la responsabilité de l'individu pourrait être diminuée.

Nous ajouterons que c'est le principe de notre Code en France. Nous devons ce principe de réhabilitation complète du sourd-muet au Premier Consul.

En effet, le Code civil contenait dans son projet une disposition de laquelle il résultait que « les sourds-muets étaient inca« pables de se marier à moins qu'il ne soit constaté qu'ils « étaient capables de manifester leur volonté ».

Sur une observation du Premier Consul, on reconnut qu'au lieu d'établir en principe que les sourds-muets ne pouvaient se marier et de ne leur donner la capacité que par voie d'exception, il convenait, au contraire, de leur reconnaître en principe la capacité de se marier et de ne les en déclarer incapables que dans les cas où il ne pourraient manifester leur volonté, ce qui rentre dans la règle générale qui exige pour le mariage un consentement valable (Briant et Chaudey).

Les légistes italiens feraient bien de méditer cette manière de voir si sage et si conforme à la réalité des faits.

H DU F.

II. — *NEZ ET SINUS*

Présence de micro-organismes dans l'air inspiré, par SAINT-CLAIR THOMSON et R. T. HEWLETT (*Lancet*, 11 janvier 1896).

Une communication précédente des mêmes auteurs (Voir *Annales des mal. de l'oreille*, Vol. XXI, novembre 1895) a démontré que 1 500 organismes sont inspirés par heure, mais que souvent on voit ce nombre arriver à 14 000. Mais l'air expiré est pratiquement sans microbes (Tyndall, Gunning, Straus, Grancher, etc.). Dans les expériences de Straus, sur 609 microbes inhalés, un seul fut expiré. Les observations de Lister sur le pneumo-thorax causé par une blessure pulmonaire dans une fracture de côte, démontrent que les organismes sont arrêtés avant que l'air ait atteint les alvéoles ; tandis que les expériences d'Hildebrandt indiquent que cet arrêt se produit avant le passage de l'air dans la trachée, probablement dans les fosses nasales. Les auteurs confirment ce fait, car ils ont examiné le mucus trachéal sur de nombreux animaux récemment sacrifiés, et ils l'ont toujours trouvé stérile. Une autre preuve de ce que les microbes s'attachent au nez a été obtenue au moyen de soigneuses recherches par lesquelles les auteurs examinèrent l'air inspiré après son passage à travers le nez et trouvèrent que tous les germes avaient pratiquement disparu.

Si donc, les bactéries de l'air inspiré s'arrêtent dans les fosses nasales, où vont-elles, que deviennent-elles, et comment s'en débarrasse-t-on ?

Dans leur précédent mémoire, les auteurs concluaient que la muqueuse nasale normale semblait d'ordinaire libre de micro-organismes, tandis que le vestibule, les vibrisses et les croûtes en fourmillent. On doutera fortement de l'action prédominante de l'épithélium ciliaire, car une parcelle de charbon placée sur le pharynx d'une grenouille se déplaçait à raison de 25 millimètres par minute. L'observation suivante montre donc avec quelle rapidité les bactéries sont expulsées de la membrane de Schneider. Un des auteurs a consigné les résultats de ses cultures sur les vibrisses et le revêtement muqueux du nez. Il n'existait pas de tumeur rouge, de sorte que le bacille prodigiosus était absent. On déposa ensuite une aiguillée à bride (looped

mencée fut de culture pure du bacillus prodigiosus sur un point de la cloison nasale, et l'on fit des cultures de cette place et de ses environs à des intervalles de deux heures. Au bout de cinq minutes, les cultures fournirent une masse abondante de bacillus prodigiosus ; un quart d'heure après, la collection diminuait distinctement et une heure après elle était réduite de 7/8 ; fréquemment, au bout de 30 minutes la masse ne réapparaissait pas ; tandis qu'après deux heures il ne restait plus trace de bacillus prodigiosus.

On n'obtint aucune preuve du pouvoir bactéricide du mucus nasal, mais on put se rendre compte qu'il possède l'importante propriété d'exercer une action inhibitoire sur le développement des microorganismes. Le mucus nasal fut recueilli sur des tampons d'ouate stérilisée ; en retirant ceux-ci du nez, le mucus vint en contact avec les organismes ordinaires que l'auteur a toujours rencontrés en abondance dans le vestibule. Jamais le mucus ne fut suffisamment germicide pour prévenir l'accumulation de ces germes ensemencés sur de la gélatine, même lorsque ces germes avaient été exposés à l'action du mucus à une température élevée pendant plusieurs heures avant de faire les cultures. On trouvera le résultat détaillé d'expériences entreprises en mêlant le mucus nasal au bacillus prodigiosus et en faisant ensuite par intervalles des cultures sur gélatine, pour prouver que le mucus ne détruit pas les bacilles, mais par lui-même c'est un moyen si peu approprié qu'il s'oppose au développement.

Les auteurs concluent que tous ou presque tous les microorganismes de l'air sont arrêtés avant d'atteindre le pharynx nasal ; la majeure partie est probablement arrêtée par les vibrisses à l'entrée du nez et ceux qui pénètrent jusqu'à la muqueuse sont rapidement éliminés. Le mucus nasal est un sol défavorable au déveleppement des organismes, et ceci est important car c'est une entrave à leur multiplication. L'extraction des organismes faufilés dans la membrane de Schneider est probablement due à l'action de l'épithélium cilié, aidée de l'écoulement muqueux et de la sécrétion lacrymale. La phagocytose peut se produire au cours de l'enlèvement, mais sur une petite étendue, car on ne rencontra qu'une seule fois des cellules phagocytiques contenant des bactéries.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Affections nasales et troubles oculaires réflexes, par G. Laurens. (*Presse méd.* n° 7, 22 janvier 1896).

Deux observations intéressantes, l'une d'un homme de trente et un ans, porteur d'une synéchie entre le cornet inférieur droit et la cloison, et atteint de blépharospasme guéri par le seul traitement de l'affection nasale, l'autre relative à une fillette de six ans dont l'ablation de végétations adénoïdes fut suivie de la guérison d'un strabisme convergent de l'œil gauche, déterminent l'auteur à faire une histoire complète des troubles oculaires réflexes observés dans les cas d'affections nasales.

Ces troubles oculaires sont par ordre de fréquence : Douleurs oculaires variées, larmoiement, injection des vaisseaux, asthénopie accommodative, rétrécissement du champ visuel et même iritis.

Presque toutes les affections nasales sont susceptibles de les provoquer, en particulier le coryza aigu, les polypes, l'ozène, les sinusites et avant tout la rhinite hypertrophique. L'épreuve de la cocaïnisation établira facilement la relation de cause à effet ; à plus forte raison, le résultat du traitement.

Les rapports anatomiques qui existent entre l'appareil de la vision et celui de l'olfaction (distribution de la branche ophtalmique de Willis), les liens physiologiques qui en sont la conséquence, donnent une interprétation bien logique de ces accidents réflexes d'origine nasale. Quant au point de départ du réflexe, des deux théories en présence, celle de E. Berger qui le localise dans les terminaisons des nerfs sensibles de la muqueuse, et celle de C. Ziem qui donne la préférence à l'action de troubles circulatoires, il est probable que toutes les deux agissent fréquemment en commun dans la production des troubles oculaires réflexes.

L. Egger.

Etude sur la nature et sur l'étiologie de la rhinite catarrhale simple, par C. Fermi et A. Bretschneider, de Rome (*Archivio italiano di otologia, rinologia et laryngologia*, 1895, fasc. IV et fasc. I, 1896).

Dans cette étude très complète les auteurs ont envisagé tous les côtés de cette question. Ils rappellent d'abord les symptômes, la marche et les causes déterminantes variables du coryza, puis résument les différentes hypothèses émises sur sa nature. Ils passent ensuite à l'exposé de leurs recherches expérimentales. Ces recherches comprennent :

1° L'examen de la flore nasale :

a) Chez l'individu sain.

b) Chez l'individu atteint de coryza.

2° Des inoculations, soit dans la cavité nasale chez l'homme et les animaux, soit chez les animaux seulement, sous la peau, dans le péritoine et dans les veines :...

a) Du mucus nasal sain.

b) Du mucus nasal des individus malades.

c) Des microbes isolés dans le mucus nasal sain.

d) Des microbes isolés dans le mucus des individus atteint de coryza.

A la suite de ces expériences voici les conclusions qu'ils en déduisent :...

1° Le coryza simple n'est pas une maladie parasitaire.

2° Beaucoup de cas de coryza sont dus à l'action instante d'agents physiques, mécaniques ou chimiques qui peuvent venir du dehors (traumatismes, polypes, poussières) ou de l'intérieur de l'organisme (Kl., maladies infectieuses).

3° Les rhumes proprement dits sont dus à un trouble vaso-moteur trophique, fonctionnel, de la muqueuse ; ils sont occasionnés, non par la seule action du froid, mais par les changements brusques de température et une grande humidité de l'athmosphère.

4° La fièvre des foins se manifeste chez les personnes dont l'innervation trophique de la muqueuse nasale est altérée d'une manière continue, à la suite d'altérations fonctionnelles de tout le système nerveux, soit congénitales, soit acquises. Elle ne provient pas de l'action des agents physiques, mécaniques ou chimiques, mais de l'action réflexe des excitations de la sensibilité générale et des sens spéciaux.

Nous ne pouvons naturellement qu'enregistrer ces conclusions déduites d'expériences sur lesquelles nous ne saurions discuter. Nous ferons remarquer toutefois que les recherches des Drs Fermi et Bretschneider confirment les résultats obtenus par les Drs Saint-Clair Thomson et R. T. Hewlett en ce qui regarde le nez à l'état normal (Voir : Les micro-organismes du nez à l'état normal par les Drs Saint-Clair Thomson et R. T. Hewlett société Royale de médecine et de chirurgie, 28 mai 1895). Il paraît donc acquis que, normalement, la membrane de Schneider est stérile ou à peu près.

En terminant, nous trouvons que l'assertion des auteurs, qui semblent affirmer que la fièvre des foins n'existe pas en Europe,

est un peu risquée. Elle est peut-être rare en Italie, mais en France, on la trouve plus souvent qu'on ne pense quand on sait la reconnaître. H. DU F.

Les queues de cornet, par Laurens (*Arch. de laryngol.*, janvier-février 1896).

L'extrémité postérieure des cornets représente le hile artériel et veineux de la pituitaire ; c'est donc sur elle que retentiront naturellement les inflammations du segment antérieur des fosses nasales, et les obstacles rétro-nasaux gênant la circulation en retour ; à ces causes s'ajoute l'influence du décubitus.

La queue de cornet a une texture érectile (nombreux lacs veineux) plutôt que réellement caverneuse (absence de vaisseaux hélicoïdes) ; à une première période, dilatation passive due à la parésie de l'élément contractile ; à une deuxième, néoformation cellulaire : la dégénérescence myxomateuse est constituée.

Étiologie. — Affection de l'âge adulte, exceptionnelle plus tard. Passagère chez l'enfant et l'adolescent ; disparaissant d'ordinaire quand on a levé l'obstacle (végétations adénoïdes)... s'opposant à la libre circulation de l'air et du sang dans le nez. Influence des irritations locales (tabac); des affections naso-pharyngées.

Symptomatologie. — A. Troubles subjectifs. — Obstruction nasale, d'abord intermittente (la nuit), puis permanente ; reniflement continuel ; sensation de gêne au fond du nez ; la gêne de déglutition n'appartient qu'aux grosses tumeurs atteignant le voile.

B. Signes physiques. — Rhinoscopie antérieure, mais surtout dans les cas de rhinite hypertrophique généralysée, emploi du stylet allant soulever la tumeur peu sensible, et sans grands reflexes.

La rhinoscopie postérieure donne les meilleures indications ; elle montre la ou les tumeurs venant toucher le plancher et la cloison, pouvant se rejoindre même, masquant l'ouverture tubaire, reposant sur le voile ; seule, elle renseigne sur les hypertrophies du cornet moyen.

A l'aspect, coloration plus ou moins foncée, violacée ; hypertrophiés tantôt lisses, tantôt lobulées mùriformes.

Le toucher est utile chez l'enfant, ou pour terminer l'examen.

C. Complications. — Phénomènes réflexes ; inflammations

diverses : conjonctive, larynx..., mais surtout troubles auditifs : accidents de la trompe et de l'oreille moyenne, par gêne circulatoire ; les plus fréquents de tous.

Diagnostic. — Facile par un examen suffisamment attentif par le stylet et la rhinoscopie postérieure.

On en différenciera facilement les polypes muqueux, les papillômes, les épines postérieures de la cloison ; les kystes rétro-nasaux, les tumeurs du bord postérieur de la cloison ; l'hypertrophie des lèvres postérieures de la trompe ; enfin, chez l'enfant : les végétations adénoïdes.

Marche. — Progressive, avec poussées aiguës ; infirmité, très dangereuse pour l'oreille.

Traitement. — Chez l'enfant : supprimer les végétations et amygdales ; si la queue persiste, résection sous bromure d'éthyle.

Chez l'adulte :

Si les accidents sont transitoires, si l'ouïe n'est pas menacée, et le nez non bouché, recourir au traitement médical : irrigations, poudres ; cautérisations à l'acide chromique. Dans le cas contraire : intervenir sans tarder :

1° Galvano-cautère, par le procédé de transfixion de Ruault applicable aux hypertrophies purement congestives.

Longs cautères pointus, portés facilement au rouge-blanc à l'aide d'une batterie de quatre accumulateurs couplés en tension.

Le courant réglé, on fait adhérer la pointe à la muqueuse par un courant de peu de durée, puis on enfonce le cautère dans le sens antéro-postérieur jusqu'à cé qu'il ait traversé la muqueuse : on recommence ainsi deux à trois fois au besoin ; ce procédé, surtout applicable aux hypertrophies de la face interne et du bord inférieur, peut l'être pour celles de l'extrémité postérieure, si on a assez de place pour manœuvrer, il faut alors éviter de blesser la trompe.

2° Anse froide. — D'un maniement assez facile, mais exposant à des hémorrhagies, si on ne sectionne pas avec une très grande lenteur (15-10 minutes), et si on se sert de cocaïne ; les polypotomes à crémaillère peuvent à ce sujet rendre des services.

L'anse doit être assez petite, mais proportionnée à la tumeur. On place d'abord l'anse par tâtonnements ; puis on la remonte à petits coups jusqu'au pédicule ; enfin on serre lentement, peu à peu, en évitant de déraper, puis on attire doucement à soi, au bout de cinq grandes minutes.

3° Anse chaude. — Son avantage est de mettre à l'abri de l'hémorrhagie immédiate ; mais elle amène plus de réaction, et son maniement est plus difficile. L'anse préparée est introduite le long de la cloison, puis placée comme précédemment, et serrée jusqu'à ce qu'on sente bien, par l'impossibilité de déplacer l'instrument, qu'on tient toute la tumeur ; on laisse l'anse serrée pendant deux à trois minutes, puis on fait passer un courant modéré, et à petits coups, en évitant à tout prix une section rapide (dangers d'hémorrhagies).

Traitement consécutif. — Éviter tout refroidissement ; insufflations antiseptiques ; alimentation froide et liquide le premier jour.

Contre l'hémorrhagie : éviter le tamponnement immédiat ; se servir d'eau oxygénée ou solution forte de cocaïne ; si l'hémorrhagie persiste malgré tout : tamponnement postérieur laissé 12 heures en place, et retiré avec grandes précautions.

RIPAULT.

Varices des cornets, par Wyatt Wingrave (*Revue intern. de rhin. otol. et lar.* 5° année, n° 15, p. 173).

Les varices des cornets constituent une forme particulière d'hypertrophie portant sur la moitié postérieure du cornet inférieur, qui est caractérisée par une distension permanente des sinus veineux. W. admet qu'à l'état normal ces espaces vasculaires sont entourés de plusieurs couches de fibres musculaires, disposées à la fois dans le sens circulaire et le sens longitudinal. Or, dans le cas de varices des cornets, cette paroi musculaire s'atrophie et subi une dégénérescence fibreuse. Elle perd ainsi élasticité, elle permet aux sinus veineux de se distendre peu à peu ; et cette distension devient permanente, constituant la varice.

Toutes les conditions qui favorisent la stase veineuse, hâtent la formation de ces varices dans une muqueuse nasale préalablement dégénérée. Troubles hépatiques, affection du poumon, du cœur, etc.; en même temps on rencontre des varices des jambes, des hémorrhoïdes, des varicocèles. Localement, toutes les causes qui entravent la respiration nasale et amènent la raréfaction de l'air dans la partie postérieure du nez, telles que les déviations de la cloison, les polypes muqueux, etc., provoquent la stase sanguine dans l'épaisseur des cornets inférieurs. En un mot, « l'obstruction nasale avec prédisposition aux varices et à la dé« générescence mucoïde doit être considérée comme la principale cause de cette maladie ».

Les symptômes sont ceux de toute sténose nasale, mais, en outre, quelques-uns, par leur constance, ont une signification spéciale : écoulement muqueux sanguinolent, expectoré en grande quantité au réveil, épistaxis graves, tension douloureuse des muscles du voile et du palais : signe pathognomonique ayant une ressemblance frappante avec ceux des hémorrhoïdes

Dans ce cas, la rhinoscopie postérieure montre des queues de cornet rouge foncé, ne se rétractant pas sous l'influence de la cocaïne, mais se laissant très facilement déprimer avec le stylet.

Les procédés de traitement palliatif, tel que les douches astringentes, la dérivation intestinale n'amènent qu'un soulagement temporaire. Il faut détruire chirurgicalement la tumeur. L'hypertrophie légère serait combattu par la galvanocaustie, mais si il y a tumeur vraie, l'ablation en masse s'impose.

L'auteur préfère l'anse froide ; si l'on procède à l'écrasement avec une grande lenteur, on n'aura pas d'hémorrhagie, comme cela arrive souvent avec l'anse galvanocaustique. Mais à l'anse froide, W. préfère le couteau annulaire de Spencer Watson, perfectionné par Carmalt Jones. Le cornet, enserré dans l'anneau est sectionné d'un seul coup ; et le malade le mouche de lui-même. L'hémorrhagie est abondante pendant quelques minutes, mais cède aux tamponnements.

L'hémorrhagie secondaire est plutôt à craindre : elle survient jusqu'à quinze jours après l'opération. Pour l'éviter, le mieux est de faire rester le malade au lit pendant trois ou quatre jours, dans une position demi-couchée.

A cette opération on a reproché d'amener diverses complications : 1° désordres résultant de l'accroissement anormal du calibre de la fosse nasale : 2° ouverture du sinus maxillaire avec suppuration consécutive : 3° affaissement et difformité des narines. Sur plus de 200 cas, dont quelques-uns ont été suivis pendant plus de trois ans, l'auteur n'a observé aucun de ces inconvénients. Parfois même, le cornet inférieur enlevé se régénère en partie, grâce à la muqueuse qui, à cet endroit, forme une crête horizontale. D'ailleurs, ce n'est par le cornet entier qu'il faut enlever, mais seulement la partie malade. M. LERMOYEZ.

Sarcôme pulsatile de la région fronto-orbitaire ; épistaxis répétées ; ligature de la carotide primitive, par SCHWARTZ, (*Union médicale*, n° 35, p. 409, 31 août 1895).

Il s'agit d'un homme de 65 ans, porteur d'un sarcôme pulsa-

tile du volume d'une demi-mandarine, situé à la partie supéro-interne de l'orbite droit. Le malade est profondément anémié par les épistaxis abondantes et répétées que provoque la tumeur. La ligature de la carotide primitive qui s'imposait fut pratiquée sans difficulté. Les épistaxis graves ont cessé, mais les battements ont reparu très faiblement au bout de quelques heures, ce qui fait craindre la nécessité de procéder peut-être prochainement à la ligature de la seconde carotide. L. EGGER.

Sinusite maxillaire caséeuse et coryza caséeux secondaire, évacuation par la voie nasale ; guérison, par le Dr Escat (*Arch. Méd. de Toulouse*, 15 février 1896).

Cette observation intéressante nous montre :

1° Que la matière caséeuse provient de la rétention prolongée et d'une transformation consécutive du pus, par obstacle intra-nasal (polypes dans le cas particulier).

2° Que cette matière n'a rien à voir avec la tuberculose (Sabrazès).

3° Que la transparence électrique permet de suivre pas à pas les progrès de la guérison dans certains cas ; et que dans celui-ci elle a permis en outre d'éliminer une sinusite frontale, qui paraissait à craindre.

4° Que la guérison d'une sinusite même caséeuse peut être obtenue par la voie endo-nasale ; le traitement par cette voie doit donc être tenté avant la perforation alvéolaire.

Il est vrai de dire que dans le cas particulier, l'ostium souvent trop étroit, et d'un abord trop difficile, était remplacé par une large perforation de la paroi externe de la fosse nasale ; complication favorable dont la recherche ne devra pas être négligée en pareille occurrence. RIPAULT.

Phlegmon orbitaire consécutif à une sinusite maxillaire, par le Dr Brunschvig (*Normandie médicale*, 1896).

Il n'est pas rare de voir une sinusite maxillaire, restée latente, se révéler brusquement par des accidents orbitaires.

Dans le cas du Dr Brunschvig, une jeune fille fut prise de symptôme suraigu de phlegmon rétro-bulbaire ; l'ouverture alvéolaire du sinus, et une incision palpébrale amenèrent une détente sérieuse ; mais, par suite de lésions graves de la cornée, mal protégée par suite de l'exophtalmie, l'énucléation de l'œil douloureux doit être faite.

De plus, après un traitement très énergique de trois mois, la suppuration sinusienne n'est pas tarie, bien qu'on ne constate aucune névrose du plancher orbitaire.

La gravité de semblables accidents montre bien la nécessité de traiter d'aussi bonne heure que possible tout empyème du sinus.

RIPAULT.

III. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Recherches expérimentales sur le centre cortical de la phonation, par J. Broeckaert (de Gand) (*Revue intern. de rhinol. otol. et lar.*, 5e année, n° 15, p. 169).

L'auteur a institué une série de recherches expérimentales qui, d'une façon générale, confirment les faits avancés par Krause, relativement à l'existence des centres corticaux moteurs du larynx. Il en déduit les conclusions suivantes :

1° L'excitation unilatérale du centre de Krause, à l'aide de courants indirects très faibles, détermine l'adduction des deux cordes vocales. C'est sans doute l'emploi intempestif de courants trop forts qui a fait admettre par Masini l'action prédominante de chaque centre sur la corde vocale opposée.

2° L'extirpation bilatérale des centres de Krause entraîne, chez le chien, l'abolition de l'aboiement ; mais l'adduction réflexe des cordes vocales est conservée. L'animal continu à crier, à vagir, bref à exécuter tous les actes phonatoires réflexes dont le chien nouveau-né est capable. En revanche, B. considère, d'après ces expériences, les hémiplégies laryngées d'origine corticale comme absolument irréalisables. Quelle que soit la valeur des observations cliniques de Garel, de Massei, cependant, expérimentalement, on ne peut pas reproduire par lésion cérébrale l'hémiplégie du larynx.

3° Les nerfs laryngés demeurent intacts après l'extirpation des centres de Krause, ce qui prouve que toutes les fibres nerveuses qui interviennent dans l'adduction des cordes vocales proviennent du centre médullaire et non pas directement du centre cortical. Les muscles laryngés ne dégénèrent pas non plus.

4° Les chiens opérés perdent pendant quelques semaines la faculté d'aboyer, puis peu à peu ils réapprennent à aboyer comme ils l'ont fait une première fois après leur naissance. Il est pro-

bable que les centres enlevés se refont dans les parties voisines, par un nouvel apprentissage. Seulement, B. fait remarquer que l'aboiement est un acte compliqué, dans la production duquel interviennent non seulement les muscles laryngés, mais aussi les muscles expirateurs, les muscles de la langue et des joues : or le centre de Krause n'est pas le centre complet de l'aboiement, considéré en bloc, mais seulement le centre des mouvements d'adduction volontaire des cordes vocales. Il n'est donc pas étonnant que l'excitation de ce centre seul ne puisse produire l'aboiement ; elle a seulement pour effet de mettre la glotte en position phonatoire. M. LERMOYEZ.

Un cas d'argyrie de la surface cutanée après badigeonnage du larynx au nitrate d'argent, par E. KRAUS (de Paris) (*Wien. Med. Ztg*. N° 7, 1896).

Un malade atteint de congestion et d'épaississement nodulaire de la corde vocale gauche est soigné par l'auteur au moyen de badigeonnages au nitrate d'argent. Pendant dix semaines on fait trois badigeonnages par semaine avec des solutions à 2 °/₀, puis à 5 °/₀ — la guérison parfaite est obtenue au bout de ce temps.

Quelques temps après la cessation du traitement la malade s'aperçut de l'apparition d'une teinte légèrement bistrée de la nuque et d'une grande tache brune indélébile. Il n'y avait aucune coloration anormale ailleurs. M. N. W.

Documents pour servir à l'étude de l'action de la vapeur d'eau dans le traitement du croup, par G. VARIOT, (*Journ de clin. et de thérap. infantiles*, 5 et 12 sept. 1895).

Le nombre des interventions dans le croup, tubage et trachéotomie, peut être réduit dans d'importantes proportions si l'on maintient les enfants dans une atmosphère sursaturée de vapeur d'eau. Cette déduction tirée de l'ensemble d'un grand nombre d'observations n'empêche pas cependant que les inhalations de vapeur d'eau ne sont pas toujours suivies de succès.

Ce sont, en général, des croups aggravés par le jeune âge de l'enfant, par l'excitabilité nerveuse liée au rachitisme, par la diphtérie bronchique, par les complications pulmonaires ou tuberculeuses, par l'asphyxie très avancée, dans lesquels on ne peut plus compter sur l'heureux effet de la vapeur d'eau.

Ces croups, d'ailleurs, malgré le tubage ou la trachéotomie, nous fournissent encore une mortalité assez élevée.

L. EGGER.

Tuberculose laryngée primitive. Etude clinico-histologique, par GIOVANNI BONFIGLIO (de Lentini) (*Archivii italiani di laryngologia*, 1895, fasc. 4).

Cette étude très documentée et très complète a trait à un des points les plus intéressants de la laryngologie. On sait que l'existence d'une laryngite tuberculeuse primitive, discutée autrefois, est aujourd'hui définitivement admise. Peut être, cette localisation initiale de la tuberculose est-elle plus fréquente que ne semble l'indiquer le petit nombre d'observations publiées, car, bien souvent, les malades ne sont examinés qu'à une époque où il est difficile d'établir, d'une manière précise, la marche de l'infection bacillaire.

L'auteur, après avoir résumé l'historique de cette question, étudie l'étiologie et la pathogénie des deux formes de la tuberculose laryngée : la forme primaire et la forme secondaire.

Il adopte la classification du prof. Massei, qui divise les formes cliniques de cette affection en cinq classes.

Après avoir ainsi condensé en quelques pages nos connaissances actuelles sur ces divers points, l'auteur donne trois observations prises à la clinique du prof. Massei. Aucun de ces trois malades n'avait d'antécédents héréditaires ; l'auscultation et l'examen le plus minutieux de l'état des poumons ne décelait pas le moindre symptôme, et, cependant, le larynx présentait, dans ces trois cas, des lésions que le microscope démontra être nettement tuberculeuses.

L'auteur discute ensuite longuement et très clairement le diagnostic différentiel, envisageant toutes les hypothèses possibles et montrant les difficultés que le clinicien peut rencontrer. Il termine en résumant les notions acquises sur l'anatomie pathologique et l'histologie des néoplasies tuberculeuses. Il donne une description détaillée des lésions trouvées à l'examen des fragments enlevés chez ces trois malades, examen pratiqué par le prof. Armanni.

Ce travail, que l'on consultera avec fruit, est accompagné d'une planche comprenant six figures représentant les détails des coupes microscopiques et admirablement dessinées.

H. DU F.

Epithélioma primitif de l'épiglotte, par ANGHELESCO (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1895, p. 764).

L'auteur cite le cas d'une énorme tumeur épithéliomateuse

chez une femme de 63 ans ; le chef de service, M. le Dr A. Marchand, en fit l'ablation par la voie pharyngienne (méthode de Malgaigne) après trachéotomie préalable : la malade ne tarda pas à succomber à une broncho pneumonie consécutive.

Dans ses réflexions, l'auteur dit que l'épithélioma primitif de l'épiglotte est rare, ce n'est pas absolument exact, car nous avons décrit, dans notre atlas et dans notre enseignement, des faits que l'on peut rencontrer d'une façon qui n'est pas tout à fait rare. Quant à l'adénopathie consécutive du cou, si fréquente dans les cancers extrinsèques du larynx, elle manquait dans le cas particulier, c'est un fait qui n'est pas naturel, mais lorsque l'épiglotte est le siège exclusif de l'affection, cette adénopathie ne survient pas toujours aussi infailliblement que lorsque l'ouverture du larynx est le siège de la lésion. A. G.

Papillômes diffus sous-glottiques ; extirpation endo-laryngée, par LACOARRET (*Rev. de laryngologie*, 4 janvier 96).

Cas intéréssant de papillôme remarquable par la tolérance extrême du larynx, malgré le volume et le siège sous-glottique des tumeurs; l'aphonie céda à l'ablation à la pince suivie de cautérisation, les cordes n'étant gênées que mécaniquement dans leur fonctionnement. L'auteur, à ce sujet, rappelle les indications du traitement.

Chez le jeune enfant, essayer la méthode intra-laryngée, malgré ses difficultés extrêmes, et pratiquer la trachéotomie contre les phénomènes menaçants, en surveillant le petit malade et l'habituant peu à peu au contact des instruments.

Réserver la laryngofissure aux cas de tumeurs sous-glottiques, inaccessibles, et pour lesquelles la trachéotomie se montre insuffisante.

Employer les pinces coupantes ; l'intubation avec tube fenêtré de Lichtwitz paraissant peu pratique à l'auteur. Chez l'adulte, la largeur et la tolérance, après cocaïnisation suffisante de la glotte, rendent la laryngofissure inutile.

RIPAULT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Pharynx et Varia

P. Le Damany. Sur les formes cliniques et les variétés bactériologiques des angines pseudo-membraneuses (*Presse méd.*, 18 mai 1895).

J. Courmont, M. Doyon et **Paviot.** Action de la toxine diphthéritique sur le système nerveux de la grenouille maintenue à + 38 degrés (Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol., 17 mai 1895).

P. Patet. La sérothérapie à Lyon (*Thèse* de Lyon, mai 1895).

B. Dietrich. Considérations sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement (*Thèse* de Lyon, avril 1895).

A loing. Effets des injections de toxines diphthéritiques sur le cheval (Soc. nat. de méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 19 mai 1895).

Bolhadère. Essai sur les troubles digestifs de l'amygdalite chronique (*Thèse* de Paris, mai 1895).

Bézard. De la sérumthérapie dans la diphthérie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 mai 1895).

Grégoire. Persistance du bacille de la diphthérie (*Loire méd.*, 16 mai 1895).

Ladreit de Lacharrière. Anesthésie par le bromure d'éthyle (*France méd.*, 24 mai 1895).

Sené. Guérison d'un goître volumineux par l'injection de corps thyroïdes de mouton (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 mai 1895).

G. Sourdille. Cancer primitif de l'œsophage (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 8, avril 1895).

M. Labbé. Sarcôme du corps thyroïde. Sarcôme du poumon. Tuberculose pulmonaire (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 8, avril 1895).

Arloing. Action du sérum sanguin ordinaire et anti-diphthéritique sur l'organisme sain apprécié par le développement des individus et leur accroissement de poids (Soc. nat. de méd. de Lyon ; in *Lyon méd.*, 2 juin 1895).

Brindel. Amygdalite lacunaire simulant un abcès enkysté (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 avril 1895).

Delmas et **Cannieu.** Sarcôme du pharynx (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 avril 1895).

Villar. Langue noire (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 avril 1895).

Bézy et **Iversenc**. Trois cas de stomatite à fausses membranes chez le nourrisson (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, juin 1895).

Combe et **Dubousquet-Laborderie**. Calcul très volumineux de l'amygdale (Acad. de méd. de Paris, séance du 28 mai 1895).

Gautier. Des angines de la menstruation (*Thèse* de Paris, juin 1895).

J. Straus. La tuberculose et son bacille (In-8° grand jésus de 900 pages, avec 72 figures dans le texte dont 62 en chromolithographie, Rueff et Cie éditeurs, Paris 1895).

P. Reclus. La cocaïne et chirurgie (Petit in-8° de l'Encyclop. scient. des Aide-Mémoire, G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

G. Saint-Remy. Sur la signification morphologique de la poche pharyngienne de Seessel (Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol., 7 juin 1895).

G. Dieulafoy. De l'angine diphthéritique à forme herpétique (Acad. de méd. de Paris, séances du 11 juin et du 2 juillet 1895).

Chévy. Foyer de diphthérie (Soc. méd. de Reims ; in *Union méd. du Nord-Est*, 15 juin 1895).

A. Poncet. Note sur un cas nouveau d'actinomycose de la face : joue et région temporo-maxillaire gauches. Médication iodurée. Guérison (*Mercredi méd.*, 19 juin 1895).

Ch. Martin. Cancer de l'œsophage ouvert dans la trachée (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 10, avril-mai 1895).

A. Heydeureich. Traitement chirurgical de la maladie de Basedow (*Semaine méd.*, 19 juin 1895).

Bouchaud. Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine corticale (*Rev. de méd* , 10 juin et 10 juillet 1895).

Deshayes. Diagnostic bactériologique de la diphthérie (*Bull. de la soc. de méd. de Rouen*, 2e série, vol. VIII, 1895).

Nicolle. Note sur le diagnostic bactériologique de la diphthérie (*Bull. de la soc. de méd. de Rouen*, 2e série, vol. VIII, 1895).

Cauchois. Un cas de croup guéri par une seule injection de sérum *Bull. de la soc. de méd. de Rouen*, 2e série, vol. 8, 1895).

Turgis. Note sur trois cas de diphthérie observés à l'hospice-hôpital de Falaise et traités par les injections de sérum (*Année méd. de Caen*, 15 juin 1895).

Cadet de Gassicourt. Diagnostic et prophylaxie de la diphthérie (Acad. de méd , séance du 25 juin, Paris, 1895).

L. Galliard. Un cas de thyroïdite aiguë terminée par résolution (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 juin 1895).

Moricet. Contribution à l'étude des hypertrophies thyroïdiennes (*Thèse* de Paris, juillet 1895).

Fossati. Contribution à l'étude des formes frustres de l'angine diphthéritique (*Thèse* de Paris, juillet 1895).

Mlle Weinberg. De l'angine à pneumocoques (*Thèse* de Paris, juillet 1895).

Veil. Deux cas de diphthérie traités par la sérumthérapie. Guérison (*France méd.*, 5 juin 1895).

E. de Pradel. Quelques considérations sur la désinfection des appartements telle qu'elle est pratiquée actuellement et la contagion de la diphthérie (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 4 juillet 1895).

Piatot et G. Variot. Abcès rétro-pharyngien terminé par la mort à la suite de l'incision (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 11 juillet 1895).

Moizard et Bouchard. Un cas d'angine non diphthéritique traité par le sérum suivi de mort (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 11 juillet 1895).

P. Le Gendre. Angine diphthéritique à début herpétique traitée régulièrement par le sérum anti-diphthéritique. Guérison apparente suivie de paralysies multiples et d'accidents bulbaires mortels, alors qu'il n'existait plus de bacilles de Lœffler (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 11 juillet 1895).

J. Lemoine. Accidents mortels dus probablement à la sérothérapie (*France méd.*, 11 juillet 1895).

A. J. Martin. Les examens bactériologiques et la diphthérie (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 13 juillet 1895).

Darier. Lupus de la langue (Soc. franç. de derm. et syphil , Paris, séance du 11 juillet 1895).

Mlle Amy. Essai sur la maladie de Graves-Basedow (*Thèse* de Paris, juillet 1895).

Haskovec. La maladie de Basedow ; son traitement et sa pathogénie (deux cas traités chirurgicalement) (*Gaz. des hôp.*, 20 juillet 1895).

L. Ombrédanne. Cancer de l'œsophage, fistule trachéo-œsophagienne et cancer de l'estomac (*Bull. de la soc. anat. de Paris*. fasc. 12, mai-juin 1895).

Delore. Tuberculose miliaire de l'arrière-gorge (*Lyon méd.*, 21 juillet 1895).

G. Gatti. Rapide développement d'un sarcôme de la thyroïde à la suite d'infection par streptocoque pyogène (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1895).

E. Roux. A propos d'une observation de MM. Moizard et Bouchard sur un cas d'angine non diphthéritique traité par le sérum et suivi de mort (*Bull. méd.*, 24 juillet 1895).

A. Sevestre. Des accidents imputables à la sérumthérapie ou au streptocoque dans la diphthérie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 25 juillet 1895).

P. Moizard. A propos de la sérumthérapie et la diphthérie (*Bull. méd.*, 28 juillet 1895).

G. Lyon. Traitement de la diphthérie (*Revue de thérap. méd. clin.*, 1er et 15 août 1895).

H. Huchard. I. Diphthérie bénigne reconnue seulement à l'examen bactériologique. — II. Accidents dus à la diphthérie, et non à la sérothérapie (*Rev. gén. de clin. thérap.*, 3 août 1895).

G. Monteux. La sérothérapie anti-diphthéritique (*Thèse* de Montpellier, 1895).

Landouzy. Enquête microbiologique sur les angines (*Presse méd.*, 3 août 1895).

V. Reumaux. Du traitement des abcès rétro-pharyngiens (*Thèse* de Lille, 1895).

E. Brissaud, Ballet et Enriquez et Gley. Corps thyroïde et maladie de Basedow (6e Congrès des méd. alién. et neurol. franc. Bordeaux, 2 août 1895).

G. Variot. Les avaleurs de sabres (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 8 août 1895).

G. Varios. Quelques réflexions sur les statistiques de la diphthérie traitée par la sérumthérapie (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 8 août 1895).

E. Gley et P. Langlois. Sur la résistance des globules rouges du sang chez les lapinsthyroï dectomisés (*Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol.*, 2 août 1895).

J. Courmont, M. Doyon et Paviot. Lésions hépatiques engendrées chez le chien par la toxine diphthéritique (*Comptes rendus heb. des séances de la soc. de biol*, 2 août 1895).

Rouxeau. I. Note sur 65 opérations de thyroïdectomie chez le lapin. II. La bronchopneumonie consécutive à la thyroïdectomie chez le lapin (*Comptes rendus heb. des séances de la soc. de biol.*, 2 août 1895).

A. Martha. Syphilis vaccinale méconnue ; perforation palatine (*Rev. d'Hygiène et de Police sanit.*, 20 juillet 1895).

A. Leriche. Phénomènes consécutifs à l'emploi du sérum antidiphthéritique (*Progrès méd.*, 10 août 1895).

J. Renaut. Lésions thyroïdiennes et maladie de Basedow (6e Congrès des alién. et neurol. français, Bordeaux, 2 août 1895).

Taty et Guérin. Maladie de Basedow traitée par l'ingestion de thymus de veau et par la thyroïdine (6e Congrès des alién. et neurol. français, Bordeaux, 2 août 1895).

E. Schrameck. Du spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac (*Thèse* de Lyon, juillet 1895).

M. Pitre. Contribution à l'étude du traitement du myxœdème par la médication thyroïdienne (*Thèse* de Lyon, juillet 1895).

J. Vernet. Sur la coexistence d'une angine pseudo-membraneuse atypique et d'un microbe nouveau (*Thèse* de Lyon, juillet 1895).

J. Bertrand. Contribution à l'étude du cancer aigu et du cancer latent du corps thyroïde (*Thèse* de Lyon, juillet 1895).

Cardeillac. Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphthéritique (*Thèse* de Bordeaux, 1895).

Terrade. Etude sur l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë (*Thèse* de Bordeaux, 1895).

Mourié. Contribution à l'étude du cancer primitif du voile du palais et de la luette (*Thèse* de Bordeaux, 1895).

Pussacq-Larcebeau. Etude sur les tumeurs bénignes du pharynx buccal et inférieur (*Thèse* de Bordeaux, 1895).

A. Broca. Traitement des fissures congénitales des lèvres et de la voûte palatine (Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, Bordeaux, août 1895).

Weill. Diphthérie ; injections préventives et injections d'attente (Soc. méd. de Reims, in Union méd du Nord-Est, 15 août 1895)

G. Ferré. De quelques résultats fournis par la pratique régulière du diagnostic bactériologique de la diphthérie (Assoc. franç. pour l'avanc. des sc. Bordeaux, août 1895).

Larynx et Trachée

J. Sacaze. Observation de paralysie glosso-laryngée pseudo-bulbaire avec autopsie (*Revue de méd.*, 10 septembre 1893).

Villecourt. Un cas de phlegmon laryngo-pharyngé dans le typhus exanthématique (*Gaz. des hôp.*, 10 octobre 1893).

Bret. Anévrysme de l'aorte ayant provoqué un rétrécissement de la trachée (Soc. des sciences méd. de Lyon, in Lyon méd., 10 septembre 1893).

Vallin. Un point de pratique à propos de la trachéotomie des très jeunes enfants (*Journ. des sc. méd. de Lille*, nº 1893).

Bonain. Corps étranger (os de mouton) implanté dans le larynx; abcès intra-trachéal: trachéotomie pratiquée in-extremis; élimination du corps étranger par la plaie, guérison (*Lyon méd.*, 15 octobre 1893).

Thomas. Sur un cas de névrite périphérique diffuse des deux récurrents, consécutive à une fièvre typhoïde (*Rev. de Lar. otol. et rhin.* 15 octobre 1893).

A. Gouguenheim. Traitement des paralysies du larynx (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 25 octobre 1893).

Beausoleil. Corps étranger du larynx (os de poulet mesurant cinq centimètres) (*Bull. et mém. de la soc. d'opht. otol. lar. et rhin. de Bordeaux et du nord-ouest*, 16 mai 1893).

Bouffé. Quelques réflexions sur les irrigations laryngo-trachéales proposées comme traitement du croup (*Journ. de méd. de Paris*, 22 octobre 1893).

P. Maurel. Cliniques et policliniques de laryngologie, otologie et rhinologie, en Autriche, Allemagne, Angleterre (*Thèse* de Paris, novembre 1893).

Gaillard. Mort rapide par l'introduction dans les voies aériennes d'un morceau de viande bouillie (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, août 1893).

Berthoud. Sangsue du larynx expulsée sous l'influence de pulvérisations phéniquées (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, octobre 1893).

Jaboulay et E. Villard. Rapports des nerfs récurrents avec les artères thyroïdiennes inférieures (*Lyon méd.*, 12 novembre 1893).

Touchard. Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup (*Thèse* de Paris, décembre 1893).

Martin-Durr. Les secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte (*Thèse* de Paris, décembre 1893).

A. Michel-Dansac. Recherches sur les lésions nerveuses dans les aryténoïdites tuberculeuses et dans les amygdalites chroniques. Nouvelle technique de fixation et de coloration des nerfs, principalement du cylindre-axe (*Bull. de la soc. anatom. de Paris, fasc.* 21, octobre, 1893).

Cadot. De la voix eunucoïde, son traitement (*Thèse* de Lyon, novembre 1893).

H. Mendel. Etude de la laryngite syphilitique secondaire (*Thèse* de Paris, décembre 1893).

Guelpa. Au sujet des irrigations laryngo-trachéales (*Journ. méd. de Paris*, 18 décembre 1893).

L. Crick. Plaie transverse du cou intéressant la trachée dans sa totalité. Suture de la trachée. Guérison (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 décembre 1893).

Guelpa. De la position du malade dans le traitement du croup (*Journ. de méd. de Paris*, 24 décembre 1893).

M. Scheier. De l'action inverse des cordes vocales (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, novembre-décembre 1893).

Page. Contribution à l'étude des nodules des chanteurs (*Thèse* de Bordeaux, décembre 1893).

L. Picqué. Trachéotomie et dilatation du larynx (Soc. de chir. de Paris, séance du 27 décembre 1893).

L. Tollemer. Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans la trachée. Anévrysme en bissac devenu diffus (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, *fasc.* 22, octobre-novembre 1893).

Rueda. Arthrite crico-aryténoïdienne syphilitique (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 janvier 1894).

Denucé. Le procédé du Dr Laborde dans une opération de trachéotomie (*Gaz. hebd. de sc. méd. de Bordeaux*, 8 octobre 1893).

Danet. Des hémorrhagies du larynx (*Thèse de Paris*, janvier 1894).

Perruchet. Manuel opératoire de laryngectomie sans trachéotomie préalable (*Thèse* de Paris, janvier 1894).

Guelpa. A propos du drainage de la trachée (*Journ. de méd. de Paris*, 28 janvier 1894).

A. Gouget. Myxôme du larynx (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, *fasc.* 26, décembre 1893).

Laborde. Rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue dans un cas de mort apparente due à un corps étranger de la trachée (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 30 janvier 1894).

Joal. Des odeurs et de leur influence sur la voix (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er et 15 février et 1er mars 1894).

M. Lermoyez. Laryngite aiguë grippale chez un professionnel de la voix (*Presse méd.*, 3 février 1894).

Lavrand. Obstruction des voies respiratoires supérieures et déformation thoracique (*Jour. des sc. méd. de Lille*, n° 51, 1893).

E. J. Moure. Troubles de la voix articulée causés par des baillements spasmodiques (Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 1er et 8 décembre 1893).

Thomas. Du traitement de diverses maladies des voies respiratoires par les injections intra-trachéales (*Marseille méd.*, n° 1, 1894).

D. Aigre. Suicide ou homicide ? Fracture ducricoïde, corps étrangers du larynx (*Journ. de méd. de Paris*, 4 février 1884).

H. Mendel. De la laryngite syphilitique secondaire. Revue générale (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 7 février 1894).

L. Lacoarret. Revue statistique des maladies du larynx, de la gorge, des oreilles et du nez (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, janvier et février 1894).

H. Morselli. Les altérations dans les maladies mentales en rapport avec l'état psychique (*La voix parlée et chantée*, janvier 1894).

R. Lépine. Troubles glosso-laryngés dans le tabes (Soc. nat. de méd. de Lyon ; in Lyon méd., 18 février 1894).

T. Weiss. Thyrotomie pour l'extraction d'un polype du larynx (Soc. de méd. de Nancy, 10 janvier ; in *Rev. méd. de l'Est*, 15 février 1894).

Rabot. Du tubage dans le croup ; procédé opératoire (*Lyon méd.*, 25 février 1894).

A. Castex. L'hygiène de la voix parlée et chantée (*petit in-8°, collection de aide-mémoire, G. Masson, éditeur*, Paris 1894).

J. Touchard. Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup. (*Rev. méd. des mal. de l'enf.* mars et avril 1894).

A. Breton. Deux cas de croup chez des enfants de 6 à 7 mois. Trachéotomie. Guérison (*Rev. mens. des mal. de l'enfant*, mars 1894).

M. Lermoyez. Deux formes dysphagiques de tuberculose laryngée (*Presse med.*, 18 mars 1894).

P. H. J. Delmas. De la trachéotomie et du calibrage de la trachée dans les opérations sur la glande thyroïde (*Thèse* de Lyon, janvier 1894).

A. Gouguenheim. Trachéotomie dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière (Soc. de chir. de Paris, 14 mars 1894).

Douillet. Corps étranger des voies aériennes chez un enfant. Mort par vomique (*Dauphiné méd.*, février 1894).

G. Killian. Un miroir laryngien démontable et stérilisable (*Arch. int. de lar. rhin. otol.*, janvier-février 1894).

Luc. Epithélioma du larynx chez un jeune homme de 23 ans Trachéotomie. Extirpation du larynx. Récidive immédiate dans la plaie (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1894).

Simonin. Des ulcérations de laryngite catarrhale aiguë (*Thèse* de Paris, avril 1894).

Collet. Ataxie locomotrice. Crises laryngées. Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs (*Province méd.*, 23 mars 1894).

A. Courtade. Laryngite pseudo-membraneuse sous-glottique à répétition (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, janvier 1894).

E. Saint-Hilaire. Statistique des maladies du larynx, du nez et des oreilles constatées chez les élèves de l'école Arago (*Revue d'Hygiène* xv, p. 297).

Rougier. Deux cas d'œdème du larynx (*Bull. méd. et Adm. du Dispensaire Gén. de Lyon*, 15 avril 1894).

H. Gillet. L'antisepsie dans la trachéotomie (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 18 avril 1894).

De Tymowski. La valeur de l'électrolyse dans la laryngologie (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er mai 1894).

E. J. Moure. De l'influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 30 avril 1894) *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er juin 1894).

A. Castex. Neurasthénie du larynx (Soc. franç. de lar. otol. et rhin. séance du 30 avril) ; (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, septembre-octobre 1894).

Jay. Des injections intra-trachéales de menthol dans la tuberculose pulmonaire (*Thèse* de Paris, mai 1894).

Péan. Thyroïdectomie suivie de la résection du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée et nouvel appareil pour établir la phonation (*Gaz. des hôp.*, 3 mai 1894).

H. Gillet. Parallèle de la trachéotomie et de l'intubation dans le croup (*Gaz. des hôp.*, 5 mai 1894).

G. Poyet. Du surmenage vocal chez les chanteurs (Soc. franç. d'otol. et lar. séance du 1er mai, *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 mai 1894).

A. Castex. Du « malmenage » vocal (Soc. franç. d'otol. et lar. séance du 1er mai, et *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er juillet 1894).

Cadier. De la tuberculose laryngée primitive acquise par la cohabitation (Soc. franç. d'otol. et lar. séance du 2 mai ; *Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 mai 1894).

Guillaume. Corps étranger des voies respiratoires (Soc. franç. d'otol. et lar., séance du 2 mai 1894).

Bonain. Résultats de l'intubation du larynx par la méthode d'O'Dwyer (Soc. franç. et lar. séance du 2 mai ; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er août 1894).

Le Doubie. Des muscles anormaux et des divers modes de conformation des muscles normaux du larynx dans l'espèce humaine et de leurs homologues dans la série animale (*Arch. intern. de lar. rhin. otol.*, mars-avril 1894).

L. Lacoarret. Laryngite hypertrophique sous-glottique. Poussée aiguë (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, avril et mai 1894).

F. Helme. Laryngopathie des tuberculeux (Soc. franç. otol. et lar. séance du 2 mai 1894).

H. Mendel. Laryngite syphilitique tertiaire (Soc. franç. de derm. et syphil. séance du 10 mai 1894).

P. Jacquin. Une forme rare de plaques muqueuses des cordes vocales (*Union méd. du Nord-Est*, avril 1894).

A. Gouguenheim et J. Glover. Atlas de laryngologie et de rhinologie (Grand in-4° avec 38 planches en noir et en couleurs comprenant ensemble 246 figures et 47 figures dans le texte G. Masson, éditeur, Paris 1894).

H. Leroux. Note sur un cas de croup avec complications pulmonaires (*France méd.*, 18 mai 1894).

F. Barjon. Des œdèmes aigus primitifs et infectieux du larynx (*Gaz. des hôp.* 19 mai 1894).

Dufour. Un cas de laryngo trachéite, bronchite pseudo-membraneuse (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, *fasc.* 6, février-mars 1894).

Fortin. Note sur un cas de trachéotomie chez l'adulte (*Bull. de la soc. de méd. de Rouen*, volume 7, Rouen 1894).

R. Froelich. De la trachéotomie dans le croup (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1894).

Aldibert. La trachéotomie dans le croup (*in Rev. méd. de clin. et thérap.*, 26 mai 1894).

L. Koziell. Tubage du larynx dans la diphthérie (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 mai 1894).

Delasalle. Contribution à l'étude des fistules trachéales. De leur traitement (*Thèse* de Paris, 10 juin 1894).

M. Pogrebinsky. Contribution à l'étude du cancer primitif de la trachée (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 juin 1894).

A. Coculet. Note sur deux nouveaux cas de trachéotomie par procédé mixte; bistouri et thermo-cautère (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mai 1894).

Kirmisson. Des fistules trachéales (*Bull. méd.* 1er juillet 1894).

A. Capart. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 4 juillet 1894).

L. Rethi. Cas non encore décrit de fibrôme de la muqueuse interaryténoïdienne (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 juin 1894).

NOUVELLES

Nous lisons dans le *British medical journal* que le Dr Simon donne dans l'*Intern. Centralblatt für laryngologie* les résultats obtenus pour l'érection d'un monument à Wilhelm Meyer à Copenhague. Une somme de 1.000 livres (25.000 francs) était nécessaire et les souscriptions reçues dépassent ce chiffre. Le Danemark a souscrit 237 livres, la Grande Bretagne 228 livres, les Etats-Unis 300 livres, l'Allemagne 100 livres, la France 28 livres, la Hongrie 23 livres, la Russie environ 16 livres, la Suède et la Norwège 13 livres, l'Italie 12 livres, la Pologne 10 livres, l'Australie 7 livres, l'Autriche 7 livres, la Suisse 6 livres, la Hollande 6 livres, l'Espagne entre 4 et 5 livres, et la Belgique de 3 à 4 livres. Le total dépasse 1.004 livres. On se propose d'ériger une statue en pierre ou en bronze dont l'exécution sera probablement confiée à un sculpteur danois.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session, Nancy août 1896.

Rapports. — De l'application des sérums sanguins au traitement des maladies, par Roger et Haushalter. — Coagulations sanguines intravasculaires, par Mayet et Vaquez. — Pronostic des albuminuries, par Arnozan et Talamon.

Le Congrès français de chirurgie tiendra sa session annuelle à Paris le 19 octobre sous la présidence du *Prof.* Terrier.

La *British medical Association* a tenu sa 64e session annuelle à Carlisle les 28, 29, 30 et 31 juillet 1896.

Section de bactériologie et Pathologie. — Discussion sur la pathologie du goître exophtalmique, par G. MURRAY, J. H. ABRAM, A. G. AULD, J. BERRY, BYROM BRAMWELL, R. HUTCHISON, A. MAUDE. Sérothérapie de la diphthérie, par T. J. BOKENHAM. — L'actinomycose, par DELÉARDE.

Section ophtalmologique. Effets de l'obstruction nasale sur l'accommodation, par P. W. MAXWELL.

Section des maladies d'enfants. — Le crétinisme sporadique en Angleterre et son traitement W. RUSHTON PARKER (KENDAL) montrera quatre douzaines de projections photographiques représentant des crétins soumis au traitement thyroïdien. TELFORD SMITH (Lancaster) s'occupera du traitement thyroïdien du crétinisme et de l'imbécilité chez l'enfant, et J. THOMSON (Edimbourg) des modifications et améliorations apportées à divers âges aux crétins par le traitement thyroïdien. Ensuite aura lieu une discussion sur l'étiologie du crétinisme à laquelle prendront part : F. BEACH, V. HORSLEY, G. E. SHUTTLEWORTH, G. MURRAY, W. ROBINSON, H. O. NICHOLSON, G. H. MELVILLE, DUNLOP, C. W. CHAPMAN, T. O. WOOD, J. STEWART et J. FINLAYSON.

Quels sont les éléments de succès et d'échec dans la trachéotomie chez les enfants ? par H. CAMERON (Glasgow), A. H. TUBBY (Londres), MOYNIHAN (Leeds), M. SIMPSON (Lincoln), H. MACKENZIE (Edimbourg).

Papillômes du larynx chez les enfants, par H. MACKENZIE. Importance du diagnostic précoce et du traitement de l'obstruction nasale chez les enfants, par A. BRONNER.

Section de médecine. — Alimentation par le thymus dans le goître exophtalmique, par OWEN (Manchester). — Extrait thyroïdien dans la syphilis tertiaire, par CURETON (Shrewsburg).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Critique de la thérapeutique pharyngienne, par R. Kayser (Tirage à part des *Thérap. Monatsh.*, mai 1896).

De la prothèse appliquée au traitement des empyèmes de l'antre d'Highmore, par S. Dunogier (Broch. de 14 pages, Impr. Gounouilhon, Bordeaux 1896).

De la dilatation forcée de la glotte dans le croup, par Renon (Broch. de 11 pages, Impr. Gounouilhon, Bordeaux 1896).

I. Service de rhinologie, otologie et laryngologie. Statistique. Revue clinique. Traitement de la tuberculose. — II. Statistique. Revue clinique. Observation de glycosurie d'origine nasale, par. L. Bayer (Extraits des *Ann. de l'Inst. chirurgical de Bruxelles*, 1894 et 1895).

L'ozène. Sa genèse et son traitement par l'électrolyse interstitielle, par L. Bayer (Tirage à part de la *Revue de lar. otol. et rhin.*, nº 22, 1896).

Papillôme de la face interne de l'épine nasale, par A. d'Aguanno (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1896).

Considérations sur la sérothérapie dans la diphthérie à propos d'un cas de croup primitif du larynx. Intubation et trachéotomie, par A. d'Aguanno (Extrait des *Atti della R. Accad. delle Scienze Med.*, di Palermo 1896).

Voltolini et l'autoscopie du larynx, par C. Ziem (Tirage à part du *Monats. f. Ohrenh.*, nº 6, 1896).

Pathologie comparée du nègre dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille d'après l'observation de 11 855 cas, par W. Scheppegrell (Extrait des *Annals of ophtalm. and otol.*, octobre 1895).

Hémorrhagie alarmante consécutive à la perforation de l'antre d'Highmore à travers l'alvéole, par W. Scheppegrell (Extrait du *Journ. of lar. rhin. and otol.*, septembre 1895).

Vertige d'origine naso-pharyngienne, par W. Scheppegrell (Extrait du *Med. News*, 23 mai 1896).

Traitement de la rhinite hypertrophique par la méthode d'électrolyse bi-polaire par W. Scheppegrell (Extrait des *Annals of opht. and otol.*, avril 1896).

Etiologie, symptômes et traitement des rhinolithes, avec une observation, par W. Scheppegrell (Extrait du *Journ. of the amer. med. ass.*, 2 mai 1896).

Le Gérant : G. Masson.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXII. — N° 9. — Septembre 1896.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

STÉNOSE NASALE DOUBLE PAR EXOSTOSE DUE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par le Dr **RIPAULT**, ancien interne des hôpitaux.

L'observation que nous présentons ici est celle d'un jeune malade, opéré par nous dans le service de notre excellent maître, le Dr Gouguenheim ; nous la publions in-extenso, étant donnée la rareté extrême de cas analogues.

L. Louis, âgé de 13 ans, est amené en décembre 1895, pour une obstruction de deux narines, remontant à deux années environ, mais devenue totale, absolue, depuis quatre à cinq mois déjà.

L'enfant est d'apparence chétive ; la face est pâle, les muqueuses très peu colorées ; le thorax est peu développé.

A l'examen direct, ce qui frappe de suite, c'est l'existence de deux saillies symétriques, répondant aux apophyses montantes des maxillaires supérieurs ; ces saillies, dures et régulières, font corps avec l'os ; ce sont deux exostoses typiques, recouvertes par des téguments absolument normaux.

Le nez est pincé, effilé.

A la rhinoscopie antérieure, on trouve immédiatement les narines obstruées par deux tumeurs lisses et unies, rosées ; le stylet ne permet ni de les mobiliser ni de les circonscrire profondément ; la cloison arrive à leur contact, sans présenter d'incurvation.

Le doigt permet de reconnaître qu'il s'agit de deux masses osseuses, recouvertes d'une muqueuse amincie.

A la rhinoscopie postérieure et au toucher, les deux tumeurs arrivent au niveau des choanes, et sont séparées du bord postérieur du vomer par un faible interstice ; il existe des végétations adénoïdes peu développées.

Comme troubles fonctionnels : ceux inhérents à une obstruction totale du nez ; pas de troubles auditifs, sauf quelques bourdonnements passagers.

Le petit malade a un larmoiement permanent extrêmement pénible, sans distension ni infection du sac : à l'aide de la plus petite canule de la seringue d'Anel, on constate qu'il n'existe pas d'obstruction du canal nasal, comme semblerait le prouver l'existence des deux exostoses externes.

Mentionnons encore ce fait que l'éclairage par transparence montre l'existence de sinus maxillaires que ne comble pas la prolifération osseuse.

Comme renseignements, nous apprenons que l'enfant a perdu trois frères morts de convulsions en très bas âge ; le père paraît avoir été soigné à Saint-Louis pour des accidents spécifiques anciens.

Notre petit malade présente des dents incisives bicuspidées typiques.

Le diagnostic posé, il s'agissait de rétablir la perméabilité nasale.

Pour éviter à l'enfant, peu docile d'ailleurs, les ennuis d'une série d'interventions à l'aide d'une tréphine adaptée à un tour, nous résolûmes, avec l'autorisation de notre maître, de décoller le nez et d'enlever l'exostose à la gorge et au maillet.

Aidé de nos collègues, MM. Baussenat et Villière, nous opérâmes le côté gauche le premier.

Une incision faite dans le sillon naso-génien permit d'atteindre d'abord l'exostose extérieure, qui fut complètement séparée des parties molles à l'aide de la rugine, puis abrasée, parallèlement au plan du maxillaire à petits coups de gouge ; cette ablation bien terminée, décollement de l'aile du nez, section de l'os propre à la pince de Liston, rabattement dorsal de l'organe.

On voit alors nettement la tumeur intra-nasale se continuer avec l'exostose génienne ; on l'attaque à la gouge en se portant surtout du côté externe, dans la paroi interne épaissie du sinus maxillaire, et en protégeant avec une petite spatule métallique la cloison et le plancher contre les échappées.

Peu à peu on obtient un tunnel dans lequel on introduit le petit doigt.

Un ouvre-bouche est alors placé ; un doigt mis dans la choane correspondante protège la paroi pharyngée postérieure ; et l'on arrive ainsi peu à peu à créer un tunnel nasal suffisamment large ; une curette régularise enfin et élargit la partie profonde de ce canal, pour éviter la production d'un infundibulum.

L'opération ne s'est accompagnée que d'une perte de sang fort minime.

Tamponnement à la gaze iodoformée pendant les deux premiers jours ; puis insufflations fréquentes de poudres antiseptiques.

La plaie guérit par première intention. A une douzaine de jours d'intervalle, l'opération identique fut pratiquée du côté droit, et avec une beaucoup plus grande rapidité, instruit que nous étions par l'expérience de la première. Au bout d'une quinzaine de jours environ, la cicatrisation fut obtenue et les fosses nasales reconstituées.

La perméabilité nasale obtenue est suffisante pour que l'enfant respire bouche fermée nuit et jour ; et autre avantage de l'opération, le larmoiement a été à peu près complètement supprimé dans l'espace de quelques jours.

La disparition de l'épiphora ne doit pas être attribuée à l'exostose, mais à la suppression d'un réflexe, coïncidant avec l'obstruction nasale, comme on l'observe chez les malades porteurs de polypes du nez ou de volumineux éperons de la cloison.

L'enfant a été soumis en même temps à un traitement spécifique, et surtout reconstituant. Six semaines après l'opération, il est parti à Berck, muni de son traitement ; l'amélioration considérable que nous avions obtenue s'est maintenue identique jusqu'à son départ ; mais l'enfant devra revenir se faire examiner au moindre retour de la sténose.

La largeur de la voie ménagée nous fait espérer que ce bon résultat persistera sans se modifier, au moins pendant longtemps encore.

II

DES ADHÉRENCES DU VOILE DU PALAIS

Par le Dr **L. COUETOUX** (de Nantes).

Je ne veux pas laisser passer l'intéressant article que vient de publier le Dr Brindel dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie* sur les adhérences du voile du palais, sans donner une courte réponse.

Quand il y a adhérence totale du voile au pharynx, le Dr Brindel prône le traitement adopté par Moure et qui consiste à faire une ouverture au galvano-cautère. Cette ouverture sera aussi voisine que possible de la paroi postérieure. Des tubes seront ensuite introduits de temps en temps comme dilatateurs et le succès sera dit complet quand on pourra ne pratiquer la dilatation que tous les deux mois.

Le traitement par les appareils est rejeté sans une bien longue discussion et Brindel ne lui accorde que les lignes suivantes : « Un appareil prothétique ne suffit pas toujours à maintenir béante la perforation créée de toutes pièces ou simplement agrandie au bistouri, ainsi que le prouve l'observation du Dr Coüetoux (1893) et malgré l'observation favorable du Dr Albertin. »

J'ai le vif regret de ne pas connaître l'observation du Dr Albertin : mais je tiens à rappeler la date de la mienne. C'était en 1893. Un malade jeune encore était atteint d'adhérence totale du voile du palais d'origine syphilitique. Il en résultait une gêne extrême. Je passai un électro-cautère de la

bouche dans le nez, tout à fait en arrière. J'introduisis un gros tube de caoutchouc dans le passage fait par l'électro-cautère. Un fil passé dans la narine droite, un autre par la narine gauche prenaient le tube à sa partie supérieure refoulée dans la narine et venaient se nouer au-dessus de la moustache. Pour remplacer cet appareil qu'il fallait sans cesse renouveler je fis faire un voile en gutta muni d'un tube s'introduisant dans la plaie du voile. Cet appareil obligea de reporter un peu en avant l'orifice artificiel dont la place me paraît devoir être dans ce cas immédiatement en arrière du palais osseux. C'est là une première différence entre le système de Moure et le système du palais *à cheminée.*

Mon malade fut présenté en 1893 à la Société académique de Nantes.

Peu de jours après son application définitive, il s'obtura et je fus obligé de passer l'électro-cautère et une tige munie d'une perle de nitrate.

Depuis cette époque tout a bien marché. Je n'ai revu mon malade que tout dernièrement. Il se livrait à l'exercice de la bicyclette sans éprouver, m'a-t-il dit, aucune gêne pour la parole qui est ce qu'elle était avant l'adhérence du voile, c'est-à-dire un peu nasonnée, le malade ayant toujours eu les narines étroites ; et la respiration était très facile.

Je ne puis opposer un cas unique à l'expérience des rhinologistes ayant eu des cas nombreux à traiter. On conçoit que si le malade a longtemps été privé de la respiration nasale il ait pu se produire des cloisons rétro-nasales dans le cloaque infecté qu'isole du pharynx l'adhérence du voile.

Il n'en est pas moins vrai que le palais à cheminée que m'a fait M. Coignard, dentiste à Nantes, a donné des résultats complets, incontestables, d'une durée déjà longue, cinq ans, vérifiés par l'examen de mes confrères à la Société académique, vérifiables encore aujourd'hui, car mon malade se prête à l'examen de qui veut constater le résultat obtenu.

Peu d'observations, je crois, présentent un intérêt aussi grand et sont capables de prouver par le résultat persistant le succès de la méthode prothétique. En présence de la réputation d'incurabilité faite à l'adhérence du voile j'ai tenu à rappeler ce ré-

ultat et j'ose espérer que des succès semblables sont réservés aux médecins qui voudront tenter la méthode prothétique. Il était d'autant plus nécessaire de rétablir les faits que le Dr Brindel considère comme un échec ce qui mérite le nom de succès probant et définitif. — J'avoue même que si je n'espérais pas obtenir de suite un succès au moyen du palais *à cheminée* je préférerais à une dilatation de quelques instants l'installation périodique de mon tube maintenu par des fils se rejoignant au-dessous de la cloison vestibulaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Comptes rendus par le Dr EDM. MEYER.

Séance du 8 novembre 1895.

1. DEMME. — 1° Malade porteur d'une **crypte profonde de l'amygdale gauche.**

2° Enfant de 13 ans souffrant d'une **paralysie récurrentielle** gauche consécutive à une chute. D. attribuant la paralysie à la pression du sang extravasé (léger épaississement sur le cartilage cricoïde), le traita par le massage et obtint une amélioration.

2. GLUCK a pratiqué **quinze laryngo-fissures pour tumeurs laryngiennes.** — Tous les cas de papillômes guérirent sans exception. Sur deux sarcômes, un a guéri, et un put être décanulé. Un cancer du larynx guérit, dans deux cas la trachéotomie fut pratiquée, un malade mourut d'inanition, cinq semaines après l'opération.

B. FRAENKEL observa une récidive très prompte après la laryngo-fissure pratiquée pour des papillômes chez un enfant, il s'ensuivit une laryngo-sténose totale. F. attribue les pneumonies consécutives aux extirpations du larynx, aux lésions du nerf laryngé supérieur.

P. HEYMANN a vu des papillômes récidiver après la laryngo-fissure.

3. ALEXANDER présente un malade porteur d'un **sarcôme de la base du crâne** envahissant la moitié droite du naso-pharynx. Paralysie faciale, et parésie droite du voile. Au bout de trois semaines d'observation, les chirurgiens refusèrent l'opération, on administra de l'arsenic au malade, et par ce moyen, tous les accidents disparurent rapidement.

P. HEYMANN a observé un cas semblable.

SCHOETZ n'a retiré aucun bénéfice du traitement arsénical dans trois cas de sarcômes.

B. FRAENKEL dit que l'on ne peut jamais se rendre compte de l'extérieur, si l'arsenic agit ou non. Il a eu deux cas de succès éclatant par la thérapeutique arsénicale.

GLUCK possède aussi deux observations favorables de l'emploi de l'arsenic dans les sarcômes.

4. E. MEYER montre deux petits tubes remplis de **liquide séreux** qui a été aspiré **de l'antre d'Highmore**, au moyen d'une seringue. Lorsqu'on ouvrit l'antre, il était vide, mais sur la paroi il existait un lambeau muqueux qui était vraisemblablement un kyste atrophié.

5. E. MEYER. — **Bactériologie de l'angine lacunaire.** — En examinant la sécrétion des amygdales enflammées, on trouve d'ordinaire un coccus (streptocoque de la salive) ressemblant beaucoup au streptocoque pyogène, un microbe plus petit souvent dénommé diplocoque le staphylocoque et le leptothrix. De plus, dans l'angine, on rencontre aussi des bactéries pathogènes. Cinquante-six cas furent examinés bactériologiquement, sur ce nombre un fut perdu, car les cultures eurent à souffrir. Dans quatorze cas, on trouva des staphylocoques et surtout l'aureus. Vingt-quatre fois les staphylocoques étaient mêlés aux streptocoques, dans quinze cas le seul streptocoque à l'état de culture pure. Malgré ces résultats, M. considère le streptocoque comme le producteur principal de l'angine. Il attribue l'absence fréquente du streptocoque à sa grande sensibilité, comparativement à de très légères modifications du sol ensemencé, pour utiliser un terrain propice lorsqu'un streptocoque est apparu, il ne reste pas trace dans aucun cas des colonies streptococciques. Si dès les premières heures d'une angine les staphylocoques seuls apparaissent, cela peut provenir de ce que les streptocoques demeurent dans la muqueuse et que les staphylocoques prolifèrent plus vite.

La marche de l'affection diffère-t-elle s'il s'agit de staphylocoques seuls on alliés à des streptocoques, c'est ce que l'on n'a pu constater dans les cas favorables.

Les pneumocoques doivent être regardés rarement comme facteurs de l'angine. M. ne rencontra pas de pneumocoques,

bien que l'on trouve très souvent des diplocoques au microscope.

Dans 2 cas d'angine lacunaire, on vit des bacilles diphthériques virulents de Lœffler.

Séance du 29 novembre 1895.

1. B. Fraenkel montre **deux préparations de carcinôme** :

1° **Cancer de la paroi pharyngée antérieure** atteignant le cartilage thyroïde et les muscles.

2° Malade de 40 ans. La corde vocale gauche était dans la position cadavérique, on attribua la paralysie récurrentielle à un goître. Ce dernier diminua par le traitement thyroïdien, mais on vit apparaître des troubles de la déglutition, et sous la corde vocale gauche, une tumeur recouverte d'une muqueuse normale. Mort par cachexie. A l'autopsie on reconnut un **cancer de la portion supérieure de** l'œsophage, et une périchondrite laryngée.

2. Heymann rapporte deux observations dans lesquelles le **traitement arsénical** a donné d'heureux résultats **pour des sarcômes** :

1° Homme atteint depuis 1890 d'un rétrécissement de la gorge qui l'empêche de vaquer à ses affaires. Les deux amygdales sont fortement hypertrophiées et font saillie hors du cavum. L'examen microscopique révèle un sarcôme à petites cellules rondes.

2° Homme souffrant depuis 8 ans de troubles de la déglutition. A l'examen on reconnut une tumeur qui fut extirpée par un laryngologiste berlinois.

En automne se manifesta une récidive qui nécessita une nouvelle intervention. Il y a trois ans, von Bergmann opéra une récidive par la pharyngotomie, mais deux ans après, le malade accusa une récidive occupant toute la partie gauche du pharynx, derrière le voile palatin postérieur. Des fragments de tumeur furent rejetés spontanément. Le traitement arsénical fit diminuer notablement la tumeur. H. a obtenu dans trois autres cas des succès par l'arsenic, dans cinq à six cas, le résultat fut négatif.

3. Treitel montre un **couteau annulaire** modifié pour opérer les végétations adénoïdes.

T. S. Flatau s'élève dans la discussion contre la modification apportée par Treitel au couteau de Gottstein, car elle peut provoquer des lésions secondaires.

4. E. Meyer présente des préparations microscopiques du cas d'évacuation de liquide séreux, lors de la **ponction exploratrice de l'antre d'Highmore**, rapporté à la dernière séance. A l'examen microscopique on reconnut un polype muqueux kystique.

5. E. Meyer. — **Sur l'autoscopie et l'œsophagoscopie.** — M., d'après trois cents examens, donne son opinion sur la valeur de l'autoscopie de Kirstein. Dans 8, 3 °/o des cas, il a obtenu une image parfaite du larynx et de la trachée, dans 10 °/o il a vu le larynx sans la commissure antérieure, dans 22 °/o les deux tiers postérieurs, dans 19,3 °/o, la moitié postérieure du larynx, dans , 3 °/o la paroi laryngée postérieure, dans 17,6 °/o, la pointe du cartilage aryténoïde, dans 13,6 °/o, l'autoscopie fut impraticable. Les femmes supportent mieux l'autoscopie que les hommes. L'âge n'a aucune importance. Les contre-indications sont l'hypéresthésie de la base de la langue ou son ulcération, des troubles de la circulation et des sténoses trachéales et laryngiennes prononcées ; de plus, il ne faudra pas compter sur l'autoscopie pour diagnostiquer la difficulté qu'ont les cordes vocales à se mouvoir.

Les troubles subjectifs diffèrent graduellement, il se produit de la gêne et assez souvent de la douleur, lors de la pression de l'autoscope.

M. trouve l'autoscopie très avantageuse pour l'examen de la paroi postérieure du larynx et de la trachée ; il ne croit pas que les opérations endolaryngées soient facilitées, mais les interventions sur la paroi laryngienne postérieure seront plus aisées et plus sûrement exécutées. Au point de vue démonstratif, M. n'a retiré aucun avantage particulier de l'autoscopie.

On peut toujours pratiquer l'œsophagoscopie de Rosenheim qui permet à l'œil de plonger directement dans un organe invisible jusqu'ici et d'appliquer le traitement local.

Kirstein ne connaît pas l'application forcée de l'autoscopie. Il croit que l'autoscopie est très utile surtout dans la chirurgie endolaryngée et trachéale et rend des services signalés.

E. MEYER n'a pu contrôler la simplification de la technique opératoire.

6. T. S. FLATAU. — **Communications rhinologiques.** — 1. Fillette de 5 ans souffrant depuis longtemps d'obstruction nasale, subsistant malgré l'enlèvement de végétations adénoïdes. Les deux narines renferment des masses œdématiées, des granulations et du pus fétide. Avec la sonde on a une sensation d'os dénudé. Après l'extraction des granulations, on vit un corps étranger qui avait perforé la cloison. Le **rhinolithe** formé autour d'un noyau de fruit consistait en chaux phosphorescente, traces d'oxyde de fer et magnésie d'acide carbonique.

2. Pour soigner l'empyème de l'antre d'Highmore, F. recommande d'ouvrir la fosse canine au moyen d'une gouge. Il tamponne pendant peu de temps, puis draîne la cavité avec un otoscope fendu par le milieu.

Séance du 20 décembre 1895.

1. FLATAU présente un malade chez lequel un **empyème de l'antre d'Highmore gauche** a provoqué du vertige, la perte de la mémoire, de la mauvaise humeur et des douleurs lancinantes du bras gauche, une suppuration nasale fétide et la séquestration de la paroi latérale du nez. L'ouverture de l'antre et le grattage ont fait rétrocéder ces accidents.

KUTTNER pense qu'en présence de la gravité des symptômes généraux, des douleurs du bras gauche et avant tout la formation du séquestre, l'affection doit être d'origine syphilitique.

FLATAU a déjà vu et montré un cas de séquestre identique non syphilitique au cours de l'influenza.

2. E. MEYER présente un malade dont on peut examiner exceptionnellement facilement le larynx en abaissant simplement la langue. Il ajoute que sur un malade très difficile à laryngoscopiser, vu la mobilité de la langue, l'**autoscopie** de Kirstein a permis de faire un bon examen.

3. G. LEWIN montre 1°, un malade atteint, 4 ans auparavant, de

syphilis, portant actuellement une ulcération avec végétations en forme de raisins à la pointe de la langue que Lewin ne croit pas spécifiques.

Landgraf incline à regarder l'affection comme une ulcération syphilitique accompagnée de granulations.

Lewin trouve la tumeur si importante qu'il ne peut l'attribuer à l'ulcère. L'examen microscopique résoudra la question.

2°. Syphilitique dont la corde vocale inférieure tuméfiée et sanguine supporte en avant une petite tumeur que l'auteur définit sous le nom de nodule syphilitique.

Landgraf demande s'il ne s'agit pas d'une gomme.

Schœtz croit que la rougeur provient moins de la tumeur que d'une irritation mécanique (toux, etc.). La tumeur lui semble être un kyste.

Lewin est d'avis qu'un kyste serait plus transparent, du reste, la tumeur a diminué sous l'influence du traitement anti-syphilitique.

3°. Malade atteint d'atrophie légère de la base de la langue.

4° Malade porteur d'une infiltration gommeuse de l'épiglotte.

B. Fraenkel attire l'attention sur ce que le dernier malade chez qui Hansemann a reconnu une syphilis caractéristique, a l'épiglotte roulée en avant.

4. E. Meyer montre une pièce provenant d'un malade qu'il présenta le 15 juillet 1892 à la Société berlinoise de Laryngologie. Il était atteint de compression et de rotation de la trachée dues à un goître ayant pénétré dans la trachée. Le malade succomba le 20 décembre 1895 dans une crise de suffocation. A l'autopsie, on vit la trachée poussée à gauche dans sa partie supérieure. Sur la paroi droite, le goître avait perforé la paroi et apparaissait dans l'ouverture comme une tumeur large d'un pouce. Des nodules siégeant à la même hauteur compriment aussi violemment la trachée à gauche, de façon qu'il subsiste à peine un orifice. A l'extérieur, la trachée supporte plusieurs tumeurs fluctuantes. Les coupes macroscopiques de la tumeur révèlent sa nature bénigne.

On renonça à une opération chirurgicale, le goître pénétrant fort en arrière du sternum.

Séance du 17 janvier 1896.

1. Gluck présente : 1° un malade de 36 ans ayant subi l'**extirpation partielle du larynx** pour un cancer.

2° **Extirpation totale du larynx** chez un homme de 56 ans. G. recommande ce qu'il a fait dans ce cas, après avoir divisé transversalement la trachée, de suturer le moignon trachéal à la peau, pour empêcher l'aspiration de la sécrétion de la plaie. Guérison sans aucun accident. Introduction d'un larynx artificiel par le procédé de Wolff. Au bout de trois à quatre semaines on replace la trachée en arrière.

B. Fraenkel dit que l'on ne peut pas toujours appliquer cette méthode. Il cite un cas où une kyphoscoliose de la colonne cervicale ne laissait pas d'espace entre le cartilage cricoïde et le sternum.

2. Kirstein montre : 1° un nouvel **instrument pour opérer les végétations adénoïdes** ; 2° **miroir frontal** avec bandeau nouveau ; 3° un **diaphragme** empêchant les verres de lunettes de se ternir ; 4° un jeune homme de 25 ans, atteint de **diastase de la lame du cartilage thyroïde** à la suite d'une thyrotomie subie 23 ans auparavant. La pression sur la lame du cartilage thyroïde améliore la voix gémissante ; 5° la malade sur laquelle a été pratiquée la première opération autoscopique.

B. Fraenkel a rencontré deux cas guéris de diastase de la lame du cartilage thyroïde, l'un fut opéré par Bramann et l'autre par Israel. Deux cas opérés par l'auteur ne donnèrent pas de bons résultats en raison de la dimension de l'anomalie et de la friabilité du cartilage.

E. Meyer, à propos de la première malade opérée à l'aide de l'autoscopie, remarque que l'amélioration de la voix n'est pas attribuable à l'opération du petit nodule, mais à la disparition de la paralysie récurrentielle droite pré-existante.

Flatau trouve l'instrument de Kirstein moins approprié à opérer les végétations adénoïdes que celui de Gottstein qui est plus étroit et par conséquent plus facile à introduire dans le pharynx nasal.

B. Fraenkel craint que la largeur de l'instrument de Kirstein n'amène des déchirures du voile palatin.

Herzfeld montre une **tumeur de la pointe de la langue.**

Séance du 28 février 1896.

1. SCHADEWALDT présente un malade dont une corde vocale semble rougie et épaissie sur toute son étendue. Les poumons ne contenant pas de bacilles, S. repousse l'hypothèse de la tuberculose, mais il n'existe pas non plus d'indice de syphilis. Depuis très longtemps le malade rejetait en toussant des masses fibrineuses.

B. FRAENKEL demande si l'on n'a pas eu affaire à l'influenza, opinion qui serait contredite par l'ancienneté de l'affection. Pour le diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose, F. recommande d'employer l'iodure de potassium et les injections de tuberculine.

2. HEYMANN montre des photographies prises par EINTHOVEN (de la Haye) sur un malade auquel on a réséqué la moitié du maxillaire supérieur. Elles reproduisent le pharynx : 1° au repos ; 2° pendant l'émission de l'« a » ; 3° durant la succion ; 4° pendant la déglutition.

FLATAU croit que l'on pourrait également photographier les fosses nasales plus profondément.

3. HERZFELD rapporte : 1° que la tumeur de la pointe de la langue a été reconnue au microscope pour un papillôme ; 2° que le malade portait à la pointe de la langue, au voisinage de la ligne médiane, deux petites tumeurs. Le malade, âgé de 43 ans, attribue la formation du papillôme à ce qu'à l'âge de 8 ans il s'est arraché des verrues avec les doigts.

4. A. ROSENBERG. — **Traitement du goître par des injections d'iodoforme.** — Dans une série de cas, R. a instillé deux à trois fois par semaine dans les goîtres 1/2 à 1 centimètre d'une solution iodoformée (1 : huile d'olive, 2, éther 7, 5), et il a obtenu d'heureux effets sur des malades d'âges variés. La plupart des goîtres étaient parenchymateux. Toujours le goître diminuait rapidement, mais la durée de la régression n'était pas toujours la même. Après l'injection, les malades se plaignent de douleurs passagères, d'un mauvais goût et ils toussent. On n'a jamais vu d'accidents sérieux.

Discussion.

HERZFELD cite huit cas soignés par l'iodoforme. Six fois le goître s'amoindrit de 4 à 5 centimètres. Dans le même nombre de cas il se manifesta une amélioration subjective notable. Il faut faire une pause après un certain nombre d'injections.

FLATAU n'a recours aux injections que lorsque le traitement chirurgical est impossible, aussi ses observations sont-elles restreintes. L'injection iodoformée agit par la haute dose de l'iode. Il a obtenu souvent de bons résultats des frictions iodées dans les formes se résorbant (vasogène iodé) facilement dans la peau.

HERZFELD attribue plutôt les résultats des frictions vasogènes iodées au massage dont il a pu voir les effets.

5. DEMME. — Malade souffrant depuis quatorze jours de troubles à la déglutition progressant toujours. Sous l'oreille, jusqu'à la racine des cheveux, on voit une tumeur élastique qui en recouvre une seconde. La peau est tendue, non mobile, la voix mal assurée. La moitié gauche du palais est envahie par une tumeur qui va jusqu'à la ligne médiane droite et atteint la paroi pharyngée postérieure. La luette est projetée de l'autre côté. La tumeur siège près de la base de la langue, et arrive jusqu'au sinus pyriforme, de sorte que l'épiglotte est repoussée vers la droite. Le larynx incline à droite. En haut la tumeur atteint la trompe. La consistance est élastique comme à l'extérieur. A l'examen bi-manuel on reconnait qu'il existe une corrélation entre la tumeur externe et interne. Une petite incision provoqua une hémorrhagie profuse (1 litre 5) qui ne cessa qu'après 5 heures de compression.

Il s'agit d'un hématome de très grande taille.

Séance du 17 avril 1896.

1. KUTTNER parle de deux malades qui, après avoir employé des gouttes de Noortwyck, un remède secret contre la diphthérie, eurent des brûlures profondes dans la bouche et le pharynx. Suivant le prospectus, elles avaient pris en deux fois soixante gouttes dans un peu de lait.

2. Flatau. — 1° Malade atteint de **carie nécrotique de l'ethmoïde et de syphilis des os du nez.** Le malade est syphilitique depuis 13 ans, et il souffre du nez depuis un an. Sans souffrances préalables, le cornet inférieur gauche se nécrosa, depuis quelque temps des séquestres sortent du côté droit, provenant vraisemblablement du sphénoïde.

2° **Hydrorrhée** survenue à la suite d'une cautérisation galvanique du cornet inférieur. Le pharynx nasal est rempli de végétations adénoïdes.

3. B. Fraenkel montre un **porte-tampon** à courbe nasale qui s'introduit plus aisément dans le naso-pharynx que le porte-tampon de Baginsky.

4. Heymann présente d'abord un **polype du ventricule** extrait à l'aide de l'autoscopie ; puis une malade de 25 ans, bien portante jusqu'à il y a quatre semaines, qui fut frappée d'oppression et d'une légère raucité. Les accidents respiratoires cédèrent au traitement de la rhinite hyperplasique. La muqueuse pharyngo-laryngée est pâle, le ventricule gauche est converti en une masse bosselée et ulcérée dans sa portion postérieure. La corde vocale gauche infiltrée est recouverte de petits nodules. Le tiers supérieur de l'épiglotte manque, le moignon est épaissi et ulcéré. Le traitement ioduré échoue, mais les ulcérations guérissent par des applications d'acide lactique. A l'examen microscopique des petits nodules extirpés on reconnaît de nombreuses cellules géantes, l'épithélium est épaissi sous forme de pachydermie, pas de bacilles tuberculeux. D'après l'examen microscopique, H. diagnostique un *lupus.*

Discussion.

Grabower n'est pas certain du diagnostic. L'image microscopique n'est pas probante. Il a observé un cas où un ulcère du larynx s'imposait comme un lupus, qui guérit par des injections.

B. Fraenkel conseille de recourir à une injection de tuberculine pour s'assurer du diagnostic.

Heymann injectera préventivement de la tuberculine.

5. Holz présente un malade affecté de **pseudo-leucémie.** Plusieurs années auparavant il avait déjà rencontré un cas de tu-

méfaction particulière d'un blanc neigeux du pharynx. La luette et la voûte palatine semblaient être un ballon. Les accidents disparurent promptement sous l'action de l'arsenic. L'affection du malade présenté est plus chronique. Il y a quelques mois il fut atteint d'un gonflement pharyngien avec troubles respiratoires, le voile et la voûte du palais semblent racornis et durcis, les amygdales et le pharynx nasal sont libres. L'oreille est dure ; tuméfaction du cou et glandes rétropéritonéales. Accroissement des cellules éosinophiles.

6. KATZENSTEIN. — **L'orthoscope, un nouveau miroir laryngien, donnant une image exacte.** — Pour obtenir des images exactes, K. emploie deux miroirs réunis dans un prisme. L'instrument a été construit par Zeiss, d'Iéna. Avec le prisme A, B, C, D, E, les surfaces A, B, et B, C, sont polies de façon que les rayons lumineux puissent pénétrer et sortir d'A, D, et C, E, faces du miroir argentées. Les deux faces polies sont chauffées et on introduit l'instrument comme le miroir laryngien. Il reste donc encore assez de place pour introduire les instruments.

Fraenkel dit que Hirschberg vient d'essayer d'obtenir l'image laryngienne à l'aide d'un second miroir.

KATZENSTEIN fait remarquer que la nouveauté de son orthoscope consiste en la réunion de deux miroirs en un unique instrument.

KIRSTEIN montre une coupe congelée provenant d'un cadavre d'enfant dans la position autoscopique.

Séance du 8 mai 1896.

1. SCHŒTZ présente un cas d'**occlusion congénitale des choanes gauches.** Il existait de l'hyperplasie du palais et de l'amygdale pharyngée et une déviation de la cloison à gauche ; S. n'a pu se rendre compte si cette dernière avait un rapport étiologique avec l'oblitération des choanes. L'occlusion est la plupart du temps bilatérale, mais elle se manifeste plus fréquemment à droite qu'à gauche. Pour l'opération, S. déconseille la galvanocaustique qui réclame de nombreuses séances, est facilement

suivie de récidives et en raison du voisinage des trompes provoque aisément une otite moyenne. L'auteur pratique tout contre la cloison une petite ouverture qu'il agrandit au moyen d'un instrument particulier ressemblant au lithotrypteur.

E. Meyer. — **Bactériologie de la rhinite fibrineuse.** — Après avoir décrit les différences cliniques existant entre la diphthérie nasale et la rhinite fibrineuse, M. discute l'étiologie. On n'est pas encore entièrement édifié sur les relations de ces deux affections. L'auteur a examiné bactériologiquement vingt-deux cas de rhinite fibrineuse. Treize fois il trouva le bacille de Lœffler en pleine virulence, et dans neuf cas ce dernier n'était pas reconnaissable. Bien qu'il soit possible que dans ces neuf cas le bacille diphthérique eût été à son début, il est plus juste de croire que la rhinite fibrineuse est surtout diphthérique, mais qu'elle peut également être causée par d'autres microorganismes.

2. Grabower. — **Contribution à l'étude de l'innervation motrice du larynx.** — D'après un cas intéressant de paralysie récurrentielle au cours du tabès que G. a observé pendant longtemps avec Oppenheim, il certifie aussi au point de vue clinique l'exactitude de ses recherches expérimentales qui sont basées sur ce que l'accessoire est étranger à l'innervation du larynx, et que le nerf vague est bien plutôt le seul moteur laryngien. Le malade a été suivi pendant plus de dix années, examiné fréquemment au laryngoscope, autopsié, et ses divers organes ont fourni des coupes microscopiques examinées en partie par Oppenheim et d'autre part par Grabower. Sur les coupes de l'accessoire extra-bulbaire et des racines du vague, G. démontre que ce dernier est le seul nerf laryngé moteur, car les racines de l'accessoire semblent normales et celles du vague fortement atrophiées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Compte-rendu par T. P. Berens, secrétaire.

Séance du 22 janvier 1896.

Président : J. E. Newcomb

1. L. L. Mial présente une nouvelle **scie électrique** et un **rabot.**

2. R. C. Myles montre un instrument (construit par Meyrowitz) pour les opérations ethmoïdales, appelé **morcelleur ethmoïdal,** qui coupe à angle droit sur la tige et est employé surtout pour gratter le plancher des cellules ethmoïdales.

3. W. C. Phillips. — J'écrivis au secrétaire que je présenterais deux malades, mais à ce moment je croyais que la séance aurait lieu mercredi dernier. Mes malades n'habitaient pas la ville, je les avais retenus plusieurs jours et ne pus les garder plus longtemps. Un des cas concernait un homme atteint de **motilité extraordinaire de la langue.** Il vint se faire traiter pour une obstruction nasale, ayant remarqué que ses cornets étaient gonflés au point qu'il les touchait avec la langue. A l'examen, on constata qu'il pouvait introduire sa langue dans les fosses nasales postérieures, ce qui pouvait se voir aisément par les narines antérieures.

C. C. Rice. — J'ai observé deux malades qui avaient l'habitude de nettoyer leurs fosses nasales postérieures avec la langue, et les Drs J. H. Hance et L. C. Coffin ont rencontré des cas similaires.

Phillips a souvent vu des malades qui nettoyaient leurs narines postérieures avec la langue, mais jamais jusqu'alors il n'avait observé de cas où l'on voyait la langue à travers les fosses nasales antérieures, et où, par ce moyen, l'on découvrait l'état des cornets.

4. Meierhof présente un Russe qu'il soigne pour un enrouement.

Il existait dans le pharynx une région recouverte d'un exsudat épais formant un assemblage grisâtre. M. n'a pas trouvé d'observation analogue dans la littérature. L'exsudat avait entre 3 et 7 millimètres d'épaisseur.

J. Wright ne sait pas ce dont il s'agit, mais il pense que ce pouvait être un exsudat provenant d'une tumeur inflammatoire tuberculeuse ou syphilitique.

5. T. J. Harris. — **Empyème du sinus maxillaire.** — Je présente un malade appartenant à un type fréquemment observé en rhinologie : l'empyème du sinus maxillaire droit. Le malade me fut adressé du service neurologique du Manhattan eye and ear Hospital, où on l'avait soigné pour une névralgie faciale grave. Bien qu'il n'y eut pas de signes d'affection nasale, il existait un écoulement purulent du sinus par les voies naturelles. Pour confirmer cette opinion, on eut recours à une ouverture exploratrice à travers l'alvéole au moyen du trocart de Hartmann. Le pus s'écoula librement et la douleur cessa. Deux fois on gratta avec la curette de Myles ; l'écoulement cessa totalement en six semaines, et le malade fut soulagé. Il avait souffert durant environ une année.

Myles dit que fréquemment il existe une collection purulente près du périoste, et il est probable que, dans ce cas, le Dr Harris a été assez heureux pour la découvrir. Le curettage est souvent indiqué, mais il demande du soin, car la muqueuse pourrait être sérieusement attaquée.

Wright. — Ces cas sont parfois particuliers et surprenants. Récemment j'ai vu un malade se plaignant depuis plusieurs années d'accidents graves. Finalement, l'écoulement se prolongea chargé de souillures durant six mois. Il refusa l'opération supra-alvéolaire, et après quelques tentatives infructueuses pour vider l'antre à travers l'hiatus semi-lunaire, je lui dis que je perdais mon temps et que je refusais de poursuivre le traitement. Il alla alors trouver le Dr Simpson qui fut du même avis, mais réussit à ouvrir largement le sinus maxillaire et lava la cavité à travers le nez, mais le prévint que probablement cela ne servirait à rien. Il engagea le médecin de la famille à continuer le traitement à la campagne. La guérison survint en trois semaines environ.

O. B. Douglas. — L'été dernier, étant à la campagne, n'ayant

pas d'instruments appropriés à l'opération, j'improvisais un instrument ressemblant à un poinçon de charpentier, pour perforer le sinus maxillaire par la fosse canine. Un dentiste ingénieux me construisit un tube d'argent que le malade put porter, et après le lavage de la cavité avec une solution étendue de péroxyde d'hydrogène le malade fut notablement amélioré et guérit ensuite d'après ce que l'on m'a dit.

6. R. C. Myles.— (Présentation de malade). Il y a environ cinq ans le malade commença à souffrir d'écoulements de la narine droite, accompagnés de douleurs de tête du même côté, augmentant graduellement; je trouvai une dégénérescence polypoïde ethmoïdale droite, avec muco-pus sortant de l'antre droit, **sinusite frontale, ethmoïdale et sphénoïdale.** Il existait une ouverture à travers l'alvéole de la seconde molaire dans l'antre gauche que j'élargis en excisant la paroi basse externe de l'antre, curettage de la cavité, et extraction du tissu granuleux, du pus et de l'os nécrosé. J'enlevai le cornet moyen et un certain nombre de polypes du méat moyen ; irrigations répétées du sinus frontal et de l'antre d'Highmore. Légère amélioration.

L'état du malade empira, et le 30 décembre, j'ouvris le sinus frontal à l'extérieur et trouvai du pus et une membrane polypoïde grisâtre épaissie, faisant saillie à travers l'ouverture pendant l'opération. La cavité fut soigneusement curettée et bourrée de gaze iodormée. Actuellement le malade souffre parfois de céphalalgies passagères, mais rares, probablement imputables à la sensibilité provoquée par l'incision. On voit une grande partie de la surface interne du sinus, dont la paroi se durcit et guérit progressivement.

O. B. Douglas. — J'ai observé le même tableau chez un malade soigné il y a 14 ans au Manhattan eye and ear Hospital. Il fut examiné par A. H. Smith qui diagnostiqua un empyème du sinus sphénoïdal, et diverses tentatives furent faites pour soulager le malade, mais sans grand succès, je le crains, car nous perdîmes bientôt sa trace. Je mentionne ce cas, car l'empyème du sinus sphénoïdal a été décrit comme quelque chose de nouveau. Il est certainement rare.

Harris demande si en examinant l'antre à la lumière électrique la ligne d'opacité a été vue juste au-dessous de l'œil, ou plus bas.

Phillips vient justement de questionner Harris au sujet de l'opacité dans ce cas. Il croit que beaucoup d'observateurs ont vu

la partie sombre trop bas sur la surface externe de l'antre. Mais on a peu fait attention à cette localisation, et on a toujours cherché la région obscure au-dessous de l'œil du côté affecté. C'est seulement hier que l'on m'adressa un cas incertain d'affection de l'antre, présentant un écoulement unilatéral du nez d'environ 9 à 12 grammes par jour. Il existait peu de sensibilité à la percussion de l'antre du même côté. La lampe électrique montra de l'obscurité sous l'œil et de la pupille du côté malade, et un brillant éclairage du côté opposé. L'éclairage a beaucoup aidé à diagnostiquer ce cas. Je ne compte pas sur ce procédé, excepté pour vérifier un diagnostic partiel précédemment fait.

Rice a vu apparaître l'ombre plus bas sur le visage produisant une opacité sur toute la joue. L'ombre dépend de l'intensité de la lumière.

Douglas demande si le degré d'opacité ne varie pas selon l'épaisseur des os.

Wright dit que la lumière électrique en amusant le malade est une ressource diagnostique.

Myles pense que la lumière électrique sert souvent à corroborer l'évidence, et parfois conduit à l'exploration avec le trocart qui à son tour, aide au diagnostic. La lumière ne doit pas être trop puissante. La ligne basse d'opacité provient fréquemment de l'absence de lumière réfléchie à travers l'antre.

7. C. C. Rice. — **Comment peut-on guérir, en leur assurant une surface unie les ulcérations de la cloison nasale consécutives à des opérations, ou au cours de la rhinite atrophique ?** — Nous savons tous combien il est important d'assurer une surface cicatricielle empêchant l'accumulation des sécrétions, car ces dernières en durcissant sont non seulement ennuyeuses mais peuvent causer des ulcérations secondaires.

Pour notre convenance, nous classerons les ulcérations de la cloison en deux divisions principales ; 1° celles qui suivent les opérations ; 2° celles qui résultent de quelques variétés d'inflammations des fosses nasales. Peut-être sera-t-il bon d'exclure de ces dernières les ulcères syphilitiques, le lupus et la tuberculose qui réclament un traitement constitutionnel.

Les ulcérations consécutives aux opérations guérissent bien plus vite par une hypertrophie humide que par l'atrophie et la principale difficulté se rencontre dans les cas où la cloison est sèche, atrophiée et irrégulière à la surface.

Les ulcères se comportent différemment selon le mode de réduction de l'épaisseur de la cloison, et je crois qu'il ne faut pas encourager la galvanocaustie du septum.

Dans certains cas, on emploiera la cautérisation au lieu des acides minéraux pour réduire l'œdème et les éperons de la cloison ; mais la méthode d'excision des tissus est beaucoup plus scientifique.

Ordinairement, après les interventions sur la cloison, l'hémorrhagie cesse spontanément sans tamponnement, et je me fais une règle d'élargir le nez du malade afin d'enlever des parcelles de tissu ou un corps étranger, et ensuite je recouvre la plaie d'acide borique et d'un composé de stéarate de zinc. Il ne faut pas laver le nez avant le second ou le troisième jour consécutif à l'opération. Pendant la première semaine de traitement des ulcérations je fais revenir le malade au bout de deux ou jours, mais parfois lorsqu'il ne reviennent pas avant dix jours il est surprenant de constater les progrès de la cicatrisation, même dans des cas où l'on n'a pas encore pratiqué d'irrigation.

Les ulcères atrophiques ne guérissent pas si facilement, mais lorsque la muqueuse est saine, il reste à savoir si la guérison ne se produit pas aussi favorablement par de simples nettoyages, et sans applications d'aucune sorte. Il est impossible de laver sans décoller la croûte, ce qui cause une irritation constante.

Je crois que les ulcérations tendent davantage à devenir profondes par le galvano-cautère que par l'excision, et il faut avoir recours à un traitement plus diligent pour éviter la perforation. Dans certains cas consécutifs à des opérations, nous pouvons être obligés d'enlever du tissu granuleux souvent pour donner passage à la respiration. La chose la plus importante est d'obtenir une cicatrice non seulement lisse mais humide. Je crois que le galvano-cautère et les acides minéraux tendent à former des cicatrices plus épaisses et plus sèches. Pour le nettoyage, les ulcérations doivent être traitées aussi peu que possible jusqu'à ce que la surface soit recouverte de tissu, et l'on pourra recourir à des frictions avec certains désinfectants doux pour enlever la surface granuleuse de l'ulcération qui se durcit, s'humecte et glisse.

Les ulcérations sont très communes dans la rhinite atrophique, et les malades souffrent de l'accumulation de sécrétions galeuses sur la cloison et de fréquentes épistaxis. L'irrigation rétro-nasale, avec la solution de Seiler ou un désinfectant plus énergique, et l'onction doivent être employés comme de simples procédés. Il

est nécessaire d'enlever toutes les petites proéminences du septum pour prévenir l'accumulation des sécrétions. Il y a un certain temps j'obtins de meilleurs résultats en frictionnant les ulcérations avec un désinfectant que par le traitement au nitrate d'argent. J'introduis un porte-ouate et avec un petit tampon dur de coton humecté avec de la lutérine je frottai les ulcérations durant plusieurs secondes chaque fois. D'abord les ulcérations saignèrent, mais cela s'arrêta promptement, et non seulement l'ulcère, mais les tissus environnants prirent meilleur aspect et guérirent rapidement. Maintenant j'emploie plus le borolyptol que tout autre chose, et avec de meilleurs effets. En polissant la surface par des frictions antiseptiques tous les deux ou trois jours pendant quinze jours à trois semaines, il survient une cicatrice plus blanche et plus moite que la cicatrice habituelle. C'est seulement par ce moyen que l'on peut triompher des petits éperons de la cloison dans la rhinite atrophique. J'ai pu réduire par ce procédé certaines formes d'irritation nerveuse des narines. Je crois que l'on peut aussi de cette manière venir à bout de la trop grande sensibilité des filaments des nerfs périphériques, et contrôler les nombreux troubles vaso-moteurs qui apparaissent fréquemment dans les fosses nasales.

MAYER. — La présence d'ulcérations post-opératoires de la cloison est si répandue que la communication de Rice pourrait être intitulée : *Procédé pour les opérations indistinctes par la scie, le trépan ou le couteau.* Si l'on prenait plus de soin de la muqueuse, on n'observerait pas d'ulcères de cette nature. A ce propos, j'opérai récemment en disséquant la membrane, j'enlevai l'enchondrose, et suturai la membrane avec succès.

Dans les cas d'ulcération avec épistaxis, j'ai recours au nitrate d'argent, qui, employé à une dose appropriée, donne toujours des résultats satisfaisants.

PHILLIPS. — J'ai rencontré plus d'ulcérations chez les adultes se grattant le nez qu'à la suite d'opérations. Pendant un certain temps je n'ai pas cru devoir appliquer le galvano-cautère sur la cloison, car une tumeur trop petite pour être excisée par la scie ou le trépan n'est pas assez considérable pour être enlevée dans sa totalité. Je parlerai maintenant du malade que j'espérais vous présenter ce soir. C'est le fils d'un médecin, atteint d'une légère exostose du septum avec ulcération. Malheureusement, son père lui injecta quelquefois de la cocaïne, et le jeune homme prit l'habitude de ce calmant qu'il employa continuellement pendant un an ou deux, mais depuis quelques mois il y a

renoncé. Je le vis introduire son doigt dans son nez; je nettoyai sa narine plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède, et j'appliquai du nitrate d'argent à la dose de 30 grammes par once trois fois par semaine; je lui ordonnai de l'ichthyol, bien qu'il seutit une obstruction, et aujourd'hui il est guéri. Je crois important d'empêcher le malade de se gratter le nez. Ce sont les cas non opérés que j'ai trouvés généralement les plus obstinés. L'ichthyol, même employé pur, m'a fourni les meilleurs résultats; j'y ai ajouté parfois 2 grammes de glycérine par once.

O. B. Douglas. — Je désirerais voir mes confrères essayer l'extrait fluide de calendula dans les ulcérations de la cloison. Je l'applique sous forme d'onction à 2 dr. par once de parties égales de lanoline et d'albolène.

Rice dit qu'il n'est pas malaisé de guérir les ulcérations de la cloison. L'ennui est de voir revenir le malade avec les mêmes sécrétions sur les mêmes parties du septum. L'essentiel est de rendre la muqueuse lisse, afin d'empêcher l'accumulation des sécrétions.

Séance du 25 mars 1896.

Présidence du Dr J. E. Newcomb

1. L. A. Coffin, au nom du Dr Chappell, présente un **accessoire de la seringue laryngienne automatique** que le Dr Chappel a montrée auparavant à la section. Il consiste en un tube flexible s'adaptant à la canule laryngée de façon que la seringue en position pour une injection laryngienne, le tube flexible puisse glisser dans la trachée. Pour faire l'injection, on presse un bouton.

2. J. Muir présente une **seringue intratrachéale**. Il dit qu'elle tientune demi-once, peut-être mue par un léger mouvement, la quantité injectée est réglée par un petit anneau, et le tube intralaryngien est flexible de manière à s'incliner de tous les côtés.

3. Sharp.— **Anévrisme de l'artère pharyngée ascendante.** Malade de 55 ans, atteint d'un anévrisme de l'artère pharyngienne as-

cendante que l'auteur présente, vu la rareté du fait. Il en a observé deux cas avec le Dr Griffin, l'un il y a six mois, concernant un spécifique. Dans l'observation actuelle l'origine n'était pas la même.

J. Wright dit que ce cas l'intéresse fort, car il vient précisément d'en rencontrer deux, l'un chez une vieille femme et l'autre chez une jeune. Dans les deux cas, la tumeur ressemblait à une jointure de l'artère. Il ne crut pas qu'il s'agissait d'un anévrisme; mais d'un gros vaisseau sanguin anormal. On a rapporté récemment à Vienne un cas d'anévrisme tonsillaire correspondant à celui qui fut communiqué ici l'hiver dernier par Waterman.

T. P. Berens ne put découvrir avec le doigt aucun frémissement, mais il perçut une forte pulsation. Il souleva le voile du palais et vit un aspect ressemblant à la jointure de l'artère. Il désirerait savoir si le mouvement ne provenait pas de la perte du tissu cellulaire environnant.

W. K. Simpson dit que la diffusion était plus grande que celle d'une pulsation artérielle, ce qui ferait croire à un anévrisme.

Lincoln n'a jamais vu d'anévrisme de cette région et par conséquent il lui est impossible de donner son opinion à ce sujet.

Myles soigne un cas à peu près semblable à celui dont il s'agit, chez un homme d'environ 60 ans. Les vaisseaux étaient droits et durs, tandis que celui-ci était anguleux ; ou plutôt mou. Le malade a été renvoyé au médecin général qui a diagnostiqué une dégénérescence artérielle athéromateuse générale.

4. J. L. Barton. — **Injections intratrachéales dans les affections des voies respiratoires.** — J. Muir dit qu'en soignant le larynx et les bronches il faut guérir l'affection muqueuse et soulager la toux, ce qui est accompli par les remèdes locaux. Le menthol non seulement soulage le malade, mais l'améliore sous forme de solution de 3 à 30 °/₀. Si l'on ajoute 25 °/₀ d'alcool et que l'on remue bien, la solution se mêlera aux sécrétions. Si la sécrétion est forte, on emploiera de la teinture d'iode de 2 à 10 °/₀. Dans la laryngite atrophique, des solutions de keroline ichthyol de 2 à 5 °/₀ ont amené un prompt soulagement.

L'antisepsie sert chez les phtisiques à prévenir l'infection secondaire à travers les voies aériennes. Aussi les inhalations sont-elles préférables aux antiseptiques pris à l'intérieur et excrétés par les poumons ; par conséquent la meilleure méthode consiste à injecter localement des antiseptiques.

Au sujet de la communication de Barton, le secrétaire lit une discussion de C. C. Rice, empêché d'être à la séance.

Rice trouve que la question mérite d'être soigneusement considérée et impartialement jugée. On ne devra pas se hâter, car la médication agit lentement, et qu'elle est peut-être surtout active dans les cas d'affections chroniques des bronches et des poumons ; et si dans de nombreux cas de tuberculoses chroniques on obtient du mieux sans recourir aux narcotiques, cette méthode doit conserver une place prépondérante entre les divers procédés thérapeutiques. Dans des mains expérimentées, elle ne causera aucun préjudice au malade, et deviendra un mode de traitement raisonnable. On a démontré l'utilité des injections huilées et l'application de médicaments incorporés dans des vessies huilées offre les mêmes avantages, lorsqu'ils sont employés suivant la méthode de Barton directement sur la muqueuse des grosses bronches.

Le traitement sera entrepris à l'aide de la cocaïne, et il ne devra pas être confié à des praticiens inexpérimentés qui éprouveraient de la difficulté à introduire le bec de la seringue dans la trachée entre les cordes vocales. On aura recours à la plus faible solution de cocaïne qui insensibilise la glotte ; on commence par une solution à 2 °/₀ et il ne faudra pas dépasser 4 °/₀. Les injections intra-trachéales devront être substituées aux divers expectorants. L'auteur a toujours observé que l'application directe d'huile sur les surfaces muqueuses agissait localement comme sédative, astringente ou stimulante suivant le remède employé. Les astringents peuvent être appliqués directement sur la muqueuse au moyen de volatils tels que le chloroforme, le thymol, l'eucalyptol, etc., qui, par leur évaporation rapide, refroidissent rapidement les tissus et contractent les vaisseaux sanguins. Le résultat secondaire est la stimulation, qui est utile pour guérir les ulcérations et absorber les gonflements inflammatoires. Rice rapporte cinq observations dans lesquelles la médication intra-trachéale lui a réussi, et dit qu'elle est utile non seulement pour calmer l'irritation de la toux, mais encore pour faire cesser la toux tuberculeuse harassante.

Drayton a vu quelques-uns des malades de Barton sur lesquels il a constaté de bons résultats. Il a expérimenté les injections intra-trachéales sur un spécifique, atteint d'enrouement prolongé, de bronchite suraiguë et de toux persistante l'empêchant de dormir. Les effets furent excellents ; en cinq minutes il se produisit une amélioration notable et le malade put dormir la

nuit suivante. Le traitement local doit être recommandé aux médecins, car il considère que rien ou peu de chose doit être attendu des mixtures contre la toux qui datent d'un temps passé, car sans les narcotiques on n'obtient aucun résultat. Il en est de même des gargarismes qui atteignent rarement la paroi pharyngée postérieure et ne produisent aucune amélioration. Pendant longtemps l'auteur a été opposé à l'idée d'introduire quelque chose dans la trachée, mais il est convaincu maintenant que non seulement cela ne cause aucun mal mais que le résultat est heureux. Il n'est pas douteux que les substances huileuses sont absorbées par la muqueuse trachéale.

Beverley Robinson dit qu'il a obtenu il y a quelques années de bons effets des injections intra-pulmonaires dans la tuberculose, mais peu après il a été déçu et depuis il a renoncé à ce procédé. Il diffère de Drayton en ce qui concerne les mixtures contre la toux qui lui ont réussi. Bien que généralement on demeure dans le doute sur les méthodes locales de traitement des tuberculoses, il existe certainement des cas très améliorés ; et il croit que l'enthousiasme actuel pour le traitement intra-trachéal ne durera pas. L'auteur dit que s'il toussait, il s'opposerait à ce que l'on injectât sa trachée ; il ferait de même envers toute personne à qui il serait attaché.

J. Wright a été intéressé par le travail de Barton mais il doit confesser qu'il professe à son égard la même opinion que Robinson. D'après son expérience, si une toux irritante chronique non emphysémateuse ou tuberculeuse, provenait de plus haut que la trachée, habituellement l'irritation laryngée chronique était due à des troubles pharyngés ou de l'intérieur du nez ; il est aussi des cas de bronchite trachéale suraiguë dans lesquels l'irritation attaque d'abord les bronches et la trachée, et qui peuvent bénéficier des injections. W a été frappé de la remarque si fréquente que le traitement avait été entrepris vers la troisième ou la quatrième semaine de la maladie ; c'est-à-dire à l'époque où l'affection s'améliore d'elle-même dans des cas nombreux,

L. A. Coffin dit qu'il pense comme Robinson au sujet de l'introduction d'un tube ou d'une injection dans sa propre trachée, mais il pense tout différemment sur la question de la tuberculose, et sur l'espoir de guérison fourni par les injections intra-trachéales. Il croit que ces dernières peuvent être faites sans crainte, ayant vu des résultats parfaits en apparence suivre les injections intra-laryngées et trachéales.

Nichols pense que les médicaments introduits dans l'huile ont été absorbés, mais non l'huile elle-même. Chacun sait qu'il est difficile d'introduire le tube dans la trachée, et l'an dernier, N. a obtenu de bons résultats de l'emploi de pulvérisations multiples consistant en une série de vases pouvant servir à tour de rôle. C'est en réalité un bain prolongé, et en même temps la muqueuse plonge dans une solution huileuse. Il considère la méthode intra-trachéale comme pratique.

W. C. Phillips a expérimenté il y a plusieurs années les injections intra-pulmonaires sur une série de malades, qui, autant qu'il put s'en assurer, succombèrent tous. Les expériences l'ont rendu sceptique vis-à-vis de ces modes de traitement. Les injections intra-trachéales peuvent être de quelque utilité dans les cas bronchiquement trachéaux suraigus, mais il est douteux que les formes aiguës en bénéficient. L'auteur à eu pendant l'année environ quatre crises de laryngite catarrhale aiguë accompagnée d'aphonie. Il se soigna lui-même, puis fut traité par divers spécialistes, enfin quelquefois il se passa de tout traitement, et il a remarqué qu'en se soignant ou en demeurant tranquille, il guérissait dans le même laps de temps. P. croit comme Robinson que les médicaments contre la toux rendent service dans certains cas.

W. K. Simpson est devenu conservateur après avoir vu les résultats des mesures radicales. Il pense que c'est trop de croire que les injections intra-trachéales ou bronchiques guérissent la tuberculose, mais il est évident qu'elles sont efficaces contre la toux. S. sait par expérience personnelle que les injections dans les bronches et la trachée, comptent parmi les moyens les plus rationnels, sinon les meilleurs, de traitement local. Il croit qu'il faut être habile à diagnostiquer les affections pulmonaires pour différencier les divers genres de toux.

Berens croit que presque toutes les substances volatiles sont absorbées par les poumons, mais l'injection trachéale dans les affections des petites bronches ne pourrait agir car l'injection les atteint rarement toutes.

Les injections intra-trachéales devront être préconisées pour le traitement des affections étendues. L'auteur y a eu recours avec succès dans deux cas. Les vases multiples (commuter) lui ont également réussi.

Barton conclut en disant que les injections intratrachéales ne guérissent pas la tuberculose, mais soulagent la toux. Il est difficile d'obtenir des résultats favorables chez les malades des

dispensaires, mais il a vu des clients soumis à ce traitement venir chaque jour à sa consultation pour améliorer leur état. B. a guéri des cas de trachéite et de bronchite qui avaient résisté à tous les traitements, et il croit que les injections intratrachéales doivent être essayées.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 15 avril 1896 (1).

Scanes Spicer. — **Des corps étrangers dans les voies respiratoires et digestives supérieures.** — Lorsqu'il s'agit d'enfants il faut recourir d'emblée à l'anesthésie générale, à moins que l'asphyxie menaçante n'oblige de faire précéder de la trachéotomie l'administration de l'anesthésique. Il est fort malaisé de découvrir les corps étrangers dans le nez d'un enfant et on n'y arrive guère par la rhinoscopie ; il faut les chercher au stylet avec bien des précautions ; les injections forcées de liquides constituent un danger sérieux pour les oreilles ; dans le cas de corps métalliques une sonde fortement aimantée serait d'un grand secours.

A. Kanthack présente une pièce anatomique : le vestibule du larynx est obstrué par un morceau de viande enclavé entre l'épiglotte et l'entrée du larynx ; l'épiglotte est repoussée contre la base de la langue ; ce fait vient comme tant d'autres réfuter la théorie du Prof. Stuart qui veut que ce soit là la position normale de l'épiglotte pendant la déglutition ; cette position conduit précisément à la pénétration des corps étrangers ou du bol alimentaire dans les voies aériennes.

Lambert Lake considère la rhinite purulente unilatérale chez l'enfant comme le signe presque certain de la présence d'un corps étranger ; il anesthésie l'enfant et toujours, sauf dans un cas, il a réussi à le trouver. Les arêtes de poisson que l'on ne trouve pas, sont souvent réellement présentes dans le pharynx et causent les symptômes que le malade leur impute ; la disparition des symptômes au bout de plusieurs mois tient probablement à la résorption de l'arête ; quant aux corps métalliques, irrésorbables, on en entend parler un jour ou l'autre ; les amygdales pharyngienne et linguale sont fréquemment le siège

(1) D'après le : *British med., journ.*, 1896, p. 1146.

des corps étrangers introuvables et doivent être explorées avec soin. Dans certains cas de corps étrangers du larynx la trachéotomie ne suffit pas à ramener la respiration, qui ne revient qu'après l'extraction de ce corps étranger, dont la présence arrête la respiration par voie réflexe.

CRESSWELL BABER présente trois rhinolithes et un crochet dont il se sert pour extraire ces productions. Quand un malade témoigne de sensations de corps étranger dans le larynx il ne faut pas négliger d'explorer le naso-pharynx qui peut être le siège réel de ce corps.

CLIFFORD BEALE relate un cas de pénétration de viande dans le larynx ; l'inversion immédiate du corps, une inspiration suivie d'une expiration violente aboutirent à l'expulsion des parcelles de viande.

HERBERT TILLEY raconte l'histoire d'un tube laryngé dégluti par un enfant de quatre ans et rendu par l'anus deux jours après.

W. HILL. — Les corps étrangers qu'il a rencontrés le plus souvent sont des tamponnets de coton ou lin introduits dans le nez dans un but d'hémostase ; l'un de ces tamponnets est facilement oublié et cause des accidents d'obstruction nasale.

GRANT. — Préfère l'insufflation de l'air par la narine libre à l'injection de liquides ; le malade se bouche les oreilles et gonfle les joues pendant l'insufflation dans le nez.

ADOLPH BRONNER a vu de nombreux corps étrangers du nez, presque toujours chassés à l'aide de la poire de Politzer ou par un jet d'eau envoyé par la narine libre. En cas de corps étrangers de la trachée il vaut toujours mieux faire la trachéotomie de crainte que le corps n'aille s'enclaver dans la glotte. L'autoscopie de Kirstein a été maintes fois d'un grand secours chez les patients nerveux et les enfants qui ne permettaient pas d'introduire le miroir.

N. STEWART en qualité d'auriste proteste contre les injections de liquide par une narine lorsque l'autre est obstruée.

CHARSLEY a vu une vertèbre de morue enclavée juste au-dessous de la glotte chez un enfant de 6 ans ; la dyspnée n'était pas excessive et sa cause n'en était pas soupçonnée.

DE SHERMAN a observé un enfant chez lequel une grande raideur de la nuque était le seul symptôme causé par la pénétration d'une pièce de monnaie dans l'œsophage ; le corps étranger qui avait pénétré depuis 6 semaines fut facilement retiré. M. N. W.

SOCIÉTÉ BRITANNIQUE DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

Séance du 10 avril (1).

J. MACINTYRE. — **Les rayons de Roentgen dans la chirurgie du larynx.** — L'orateur présente les appareils et les images obtenues par la photographie Rœntgen appliquée à la région cervicale ; mais plus que la photographie encore la cryptoscopie directe paraît devoir donner des résultats merveilleux au point de vue pratique ; elle est moins avancée encore que la photographie et elle demande des appareils d'une puissance beaucoup plus considérable ; parmi les différents écrans cryptoscopiques fluorescents essayés, le plus favorable paraît être le platino-cyanure de potassium, ou de barium. L'auteur a pu facilement voir ainsi l'ombre de diverses parties du squelette ; dans un cas, chez un malade qui avait avalé une pièce de monnaie six mois auparavant, on reconnut facilement la présence de la pièce au niveau de la troisième vertèbre dorsale, tandis que le malade localisait ses sensations au cardia. La photographie Rœntgen donna une image aussi nette, màis non plus que la cryptoscopie. Pour examiner par ce procédé l'antre d'Highmore le tube électrique est placé au-dessus du visage, tandis qu'on examine l'ombre projetée au moyen d'un petit miroir laryngocryptoscopique introduit dans la bouche ; l'abaisse-langue est également cryptoscopique ; les corps étrangers, les différences de densité sont ainsi perçues.

M. N. W.

SOCIÉTE VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 9 avril 1896 (2).

Président : Prof. STÖRK

Secrétaire : Dr M. HAJEK

Le Dr Ronsburger, secrétaire, lit une lettre du Prof. B. Fraenkel remerciant la société de l'avoir nommé membre honoraire.

1. EBSTEIN montre une pièce du larynx et les préparations histo-

(1) D'après le : *Brit., med., jour.*, 1896, p. 1094.
(2) D'après la *Wiener Klin. Woch.* 30 avril 1896.

logiques provenant d'un cas de **sténose laryngée due à une infiltration leucémique**. A la suite d'un violent enrouement il se produisit, en l'espace de 14 jours, une forte sténose du larynx, au cours de laquelle on constata, surtout durant les deux jours qui précédèrent la trachéotomie, une augmentation rapide de l'infiltration. Au laryngoscope on constatait un aspect analogue à celui d'une infiltration tuberculeuse. Le rétrécissement semble surtout être dû à une infiltration étendue de l'espace sous-cordal de la muqueuse qui s'étend en arrière jusqu'au sixième anneau trachéal. A l'examen histologique on trouve une infiltration consistant en leucocytes mononucléaires bien conservés dans le ventricule, la corde vocale et la muqueuse de l'espace sous-cordal. Le point le plus atteint est le sous-épithélial autour des glandes et des vaisseaux. La coloration par le procédé de Gabritschewsky révèle des cellules eosinophiles dans l'infiltration. Il est particulièrement intéressant d'avoir trouvé des cristaux de Charcot dans la muqueuse des conduits hypertrophiés des glandes.

2. Panzer présente un malade atteint d'**empyème de l'antre d'Highmore** ayant déterminé un abcès et une perforation de la voûte palatine. Le point intéressant réside en ce que l'on pénètre dans le sinus maxillaire par une plaie située dans le voisinage de la ligne médiane.

Discussion sur l'empyème de l'antre d'Highmore.

W. Roth. — En premier lieu je suis heureux d'entendre que l'opinion prédominante est que l'affection est beaucoup plus souvent d'origine nasale que dentaire.

Pour ce qui concerne la guérison spontanée de l'empyème, le clinicien pourra plutôt se prononcer que l'anatomo-pathologiste, car il a plus fréquemment l'occasion d'observer ce fait, et l'on ne peut nier que les suppurations aiguës guérissent aussi spontanément de la même façon que les catarrhes suppurés de la muqueuse nasale. On rencontre également par ci par là des guérisons spontanées de suppurations chroniques, mais, en général, ce n'est pas le cas pour les empyèmes chroniques, et l'expérience enseigne que ces sortes de suppurations durent souvent plusieurs mois malgré des lavages soigneux de la cavité, sans que l'on ait pu toujours diagnostiquer une complication. Il est facile de comprendre qu'à la suite des suppurations per-

sistantes de la muqueuse du sinus il se manifeste des excoriations de certaines portions de la muqueuse et des bourrelets, qui prolongent la durée de la suppuration. Il est rare d'observer des polypes dans cette cavité.

En ce qui regarde les lavages à travers l'ouverture naturelle, il est facile de comprendre que cette voie devra être choisie chaque fois que l'on pourra pénétrer par cette ouverture. Toutefois, deux objections devront être élevées contre ce procédé : d'abord des causes multiples (obstruction de l'ouverture par une tuméfaction, des granulations, des polypes) qui empêchent la pénétration à travers l'ouverture, ou une déformation du cornet moyen qui entrave le passage de la sonde ou de la canule ; puis on n'oubliera pas que tous les malades ne peuvent pas se faire traiter pendant longtemps par leur médecin et il faudrait leur apprendre à se faire les injections, ce qui est très malaisé dans la plupart des cas. L'observation de l'auteur est une exception à la règle. Aussi lorsqu'on veut pénétrer par l'ouverture naturelle, faut-il souvent recourir préalablement à des opérations, ablation des granulations, extraction d'une portion du cornet moyen ; je crois donc, qu'il faudra pratiquer, sans hésitation, une opération aussi inoffensive que l'ablation d'une partie du cornet, qui permet au malade de pénétrer dans le sinus pour le laver. Je ne suis pas partisan de ces opérations radicales qui, de l'Allemagne, se sont propagées ici, mais l'ouverture par l'alvéole ou l'extraction d'une portion du cornet ne sont pas des interventions radicales, et elles permettent au malade de s'irriguer lui-même et au médecin de bourrer la cavité de tampons d'ouate trempés dans des médicaments, de badigeonner la muqueuse et ainsi d'activer la guérison.

Réthi. — Cette discussion m'a engagé à réunir mes observations de suppurations chroniques du sinus maxillaire et à les diviser en deux groupes pour se rendre un compte exact de la valeur des divers modes opératoires; celles du méat moyen traitées en partie par l'orifice naturel, en partie par une ouverture accessoire, en partie par une ponction à travers la paroi nasale externe ; et, d'autre part, celles qui furent ouverte, par le méat inférieur ou l'alvéole. Ces deux procédés m'ont fourni des résultats à peu près identiques, et j'ai compté un peu plus de 40 °/₀ de guérisons. Les détails seront publiés ultérieurement. Je ferai remarquer que je ne compte pas, parmi les guérisons, le soulagement de la sensibilité locale, ou de la céphalée, ou la diminution de la suppuration, mais seulement sa cessation

complète. Me basant sur mon expérience, j'ai adopté en principe, quand c'est possible, le traitement du sinus maxillaire par les ouvertures naturelles, que j'ai pu sonder dans environ la moitié de mes cas; mais quand l'orifice était bouché ou difficile à traverser, je pratiquai l'ouverture à travers la paroi externe du cornet moyen. S'il existait des dents cariées qui avaient pu engendrer l'empyème, j'ouvrais le sinus à travers l'alvéole dentaire. Je ne parle pas ici des cas où il s'agissait de caries des parois de la cavité ou d'une prolifération importante de la muqueuse interne, dans lesquels il faut employer un autre procédé, par exemple, l'ouverture large par la fosse canine.

Même au cas où l'une ou l'autre des méthodes réussirait mieux, je ne pourrais signaler cette légère différence selon les cas. On ne sait que plus tard si un traitement est efficace ou non, mais on ignore dans quelles circonstances on obtiendra une guérison certaine. Toutefois, si après l'échec à travers le méat moyen, un malade veut l'essayer, je pratique la perforation par l'apophyse alvéolaire, après avoir enlevé la dent, même si elle est saine, mais le malade doit être informé des chances de cette intervention, et savoir qu'on doit le guérir, mais que le résultat ne peut lui être garanti. Généralement, le malade se refuse alors à toute opération.

On invoque, en faveur de la méthode alvéolaire, que le traitement consécutif est plus simple et peut être effectué par le malade, mais les lavages ne doivent pas être prolongés indéfiniment; si, au bout de quelques semaines, ils n'ont donné aucun résultat, ils deviennent inutiles; beaucoup de malades apprennent à s'irriguer le méat moyen à travers l'ouverture large de la ponction.

Depuis que j'ai recueilli mes observations, mes idées antérieures ne se sont guère modifiées; je suis revenu du traitement radical et suis devenu conservateur.

G. Scheff s'associe à la plupart des idées du précédent orateur. Bien que pour l'étiologie il s'en tienne à l'idée qu'il a émise en 1891 d'après ses études anatomo-cliniques, d'autant plus que les caries des dents et des racines, même de l'aveu des adversaires de l'origine dentaire, coïncident presque toujours, ainsi qu'il a été dit au cours de la discussion, et que l'on recommande leur extraction pour pouvoir pénétrer dans le sinus.

L'auteur se défend d'avoir nié l'origine nasale de l'empyème ainsi qu'il l'avait écrit dans son article précité. Mais l'apparition

de l'empyème de l'antre d'Highmore à la suite de l'influenza ne peut être considérée comme une preuve de l'origine purement nasale, car, étant une maladie infectieuse, l'influenza peut provoquer des troubles aussi bien des sinus que des poumons, car elle a déjà donné lieu à des périostites dentaires et à des pulpites non précédées de carie lorsque la dent était intacte à l'extérieur (molaire supérieure).

En ce qui concerne la thérapeutique de Weil, S. fait observer que Alouelle, en 1737, et Jourdain, en 1765, ont employé avec succès les irrigations par les voies naturelles et que nos contemporains Stœrk et Hartmann ont eu recours au même procédé.

CHIARI dit que sur 58 cas d'empyème de l'antre d'Highmore qu'il a suivis pendant longtemps, 27 ont guéri totalement et les autres se sont améliorés. Ceci est un argument en faveur de sa méthode : perforation à travers l'alvéole par un canal de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, lavages et tamponnement au moyen de larges bandes de gaze iodoformée devant être changées toutes les semaines une fois. Le tamponnement offre l'avantage que la cavité est toujours remplie d'une masse suppurant légèrement, de sorte que la sécrétion diminue rapidement. Si au bout de quelques mois le pus n'est pas tari, on curette la paroi interne de la cavité à sa surface, afin d'enlever les bourrelets et les saillies de la muqueuse qui consistent, principalement, en glandes hypertrophiées et ectasiées. Ce grattage s'effectue parfaitement à travers la fistule alvéolaire. Puis, on reprend le traitement jusqu'à ce que le sinus ne contienne presque plus de mucus. Alors on ferme la fistule par un pivot adhérant à une prothèse palatine puis on continue les lavages jusqu'à cessation totale de la sécrétion. Enfin, l'on raccourcit et l'on amincit le pivot jusqu'à ce que la fistule se referme lentement.

La durée du traitement, jusqu'à la guérison, a été, dans six cas, de quelques semaines à quatre mois, et quelquefois aussi de plusieurs mois.

Les autres cas n'ont pas guéri complètement, ce qui arrive aussi fréquemment pour les catarrhes d'autres muqueuses.

CHIARI élève les objections suivantes contre les lavages à travers l'orifice maxillaire auxquels il a eu souvent recours : l'introduction d'une canule dans l'orifice maxillaire n'est pas très facile et réclame une technique spéciale ; l'irrigation à travers la canule s'effectue défavorablement en raison de l'étroi-

tesse de l'orifice ; aussi, la guérison définitive est-elle très incertaine. Enfin, il faut que le malade aille très souvent chez son médecin, car le procédé est difficile à apprendre. CHIARI a guéri par la perforation et le tamponnement un cas qui avait résisté pendant longtemps aux lavages à travers l'orifice maxillaire.

Aussi doit-on recommander l'emploi de la perforation alvéolaire et du tamponnement.

KOSCHIER. — Comme la méthode de traitement du catarrhe de l'antre d'Highmore recommandée par Weil est employée depuis de longues années par Stœrk et également à notre clinique, je vais rapporter nos connaissances à ce sujet. Le plus souvent on réussit assez aisément à sonder l'hiatus maxillaire par le méat moyen ; quelquefois il faut d'abord amputer l'extrémité antérieure du cornet moyen, et ce n'est que très rarement que cette opération est impraticable.

Après avoir irrigué soigneusement le sinus, comme Weil, nous pulvérisons au moyen de solutions astringentes. Nous avons obtenu les meilleurs effets du nitrate d'argent à diverses concentrations (3-10 $^0/_0$) dont nous nous servons exclusivement à présent. C'est seulement quand le sondage de l'hiatus est impossible, ou que le malade ne peut se soumettre à un traitement prolongé, que nous pratiquons la trépanation de l'alvéole au moyen d'un drill.

Par les deux méthodes,.les résultats ne sont pas entièrement satisfaisants. Rarement la guérison persiste, d'habitude des récidives se manifestent au bout de peu de mois.

M. HAJEK. — La communication de Weil comprend deux points : le traitement et l'étiologie des affections du sinus maxillaire. Le procédé de Weil, le traitement à travers l'ouverture naturelle, ne peut être généralisé, car une courbe trop prononcée des cornets moyens, une hypertrophie excessive de la bulle ethmoïdale empêchent souvent l'introduction de l'instrument. Dans les cas d'empyème chronique, il faut tenir compte de ce que les nombreuses végétations autour de l'hiatus s'opposent encore davantage à l'entrée de la canule. C'est seulement alors après la résection partielle des cornets moyens, et l'amputation des hypertrophies des extrémités, qu'il faudrait dégager l'orifice du sinus maxillaire, ce qui est le principal car, ensuite, il faut débarrasser le champ opératoire du pus.

H. se prononce contre Weil qui prétend que les irrigations peuvent être faites aussi bien par l'ouverture naturelle que par l'orifice opposé ; car les observations parlent contre cette hypo-

thèse. La constatation de la guérison n'est pas aussi difficile que l'ont dit certains auteurs. Lorsque la cavité ne suppure plus, H. bouche le trou de l'antre d'Highmore et le maintient ainsi pendant quatre à six semaines. Quand ensuite le sinus est toujours à sec, c'est le signe de la guérison certaine. H. n'adopte pas les idées du précédent auteur sur l'étiologie. L'opinion basée sur les recherches de Dmochowski suivant laquelle, au cours d'une suppuration aiguë, la muqueuse redevient normale et que le pus stagnant agit comme un corps étranger, ne se vérifie pas par la pratique, car nos cas concernent toujours une période ultérieure où la muqueuse elle-même est enflammée et suppure constamment.

H. a observé souvent des guérisons spontanées d'empyèmes aigus; mais il s'élève contre Weil lorsque ce dernier prétend que les suppurations consécutives à des coryzas aigus sont des empyèmes, cette opinion manquant de base. H. n'est pas non plus d'avis que la plupart des empyèmes de l'antre d'Highmore rebelles à la guérison tirent leur origine des suppurations ethmoïdales compliquées, fait qui n'est nullement prouvé. Sans aucun doute, cela s'est produit souvent, mais pas dans tous les empyèmes incurables du sinus maxillaire. H. assure, en tout cas, que, fréquemment, malgré l'absence de complications les affections de l'antre d'Highmore ne guérissent pas. On ne sait pas à quoi attribuer cette particularité.

Séance du 7 mai 1896 (1).

Président: Prof. Chiari.

Secrétaire: Dr G. Scheff.

1. Chiari ouvre la séance à la place du Prof. Störk empêché, et prend la parole à propos de la communication faite à la dernière séance par Panzer sur une **suppuration de l'antre d'Highmore droit** avec pénétration à travers la voûte palatine près de la ligne médiane.

Chiari pratiqua une ouverture plus grande par le méat infé-

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.* 21 mai 1896.

rieur, car il existait déjà une petite perforation et que l'on ne pouvait recourir à un sondage par l'orifice maxillaire.

On fit des lavages par cette ouverture, jusqu'à la guérison de l'abcès palatin.

Comme la malade était obligée de retourner dans son village, on pratiqua à travers l'alvéole une petite ouverture dans l'antre, par laquelle on fit des irrigations, puis on tamponna l'antre avec des bandes de gaze iodoformée. Ceci fut fait dans le but de faciliter les lavages ultérieurs au médecin de campagne non familiarisé avec la spécialité.

2. Weil termine la discussion sur les **suppurations des sinus du nez.**

J'exprimerai d'abord mon étonnement vis-à-vis des remarques de plusieurs confrères sur la paternité des lavages à travers l'orifice maxillaire ; j'ai cité toutes les publications s'y rapportant à propos de ma première observation que j'ai relatée sur le conseil de Störk. Je suis heureux d'avoir rencontré des marques d'approbation ; les réfutations de mes idées proviennent pour la plupart de malentendus. Lorsque Roth pense que la résection partielle du cornet moyen est souvent une opération importante, je ferai remarquer qu'au contraire la paroi de la cavité demeure intacte, ce à quoi j'attache une grande importance, et que la plaie se cicatrise en 14 jours, tandis que l'ouverture artificielle doit demeurer béante pendant toute la durée du traitement. Quand Roth et Hajek relèvent les obstacles anatomiques du sondage, je ferai observer au contraire que je n'en ai pas rencontrés malgré que j'aie eu beaucoup de mal dans environ 20 % des cas, et dans la section frontale de la cavité nasale décrite par Zuckerkandl j'ai trouvé à peu près 1/5 des cas qu'il eut été impossible de sonder après avoir tenté l'occlusion. Je ne trouve pas une contr'indication dans l'opération faite dans une région infestée de pus ; nous le faisons souvent pour les polypes, les suppurations ethmoïdales, etc., et lorsque Hajek opère par le procédé de Cooper, il pratique aussi toujours un trou à travers les os sains dans la cavité souvent remplie de pus. Aussi renverrai-je à la communication faite l'an dernier par M. Schmidt à la réunion des Laryngologistes à Heidelberg.

Je ne porterai pas la discussion sur la question de Scheff touchant les causes de l'empyème de l'antre, car je n'ai abordé ce sujet qu'au point de vue théorique, et je serais heureux que mes confrères acceptassent cela seulement pour les cas d'origine

nasale, qui à mon avis, constituent 99 °/₀ de la totalité des cas. Pour la possibibité d'un lavage méthodique complet à travers l'orifice maxillaire, je ne puis m'appuyer que sur mon expérience, mais je proposerai les moyens de contrôle suivants : il faudrait irriguer à travers l'orifice maxillaire les cas opérés par la méthode de Cooper, puis retirer le tampon de la fistule alvéolaire et laver par cette voie, donc il faut élucider ce point.

Suivant Hajek, on peut aisément constater la guérison parfaite consécutive ; mais comment peut-on contrôler une récidive ultérieure possible après l'occlusion de l'ouverture artificielle ? Je puis de temps à autre contrôler mes cas et éventuellement reprendre le traitement.

Mes vues étiologiques ne sont nullement, ainsi que le croit Hajek, basées sur les expériences de Dmochowski, mais sur mes observations cliniques ; je les ai déjà énoncées en partie à notre séance du 2 mai 1895 et à cette époque j'avais annoncé ma communication pour l'automne, tandis que le travail de Dmochowski n'a paru qu'à la fin d'octobre ; toutefois, il m'a rempli de joie, car il concorde exactement avec les idées que je me suis faites depuis le moment où, il y a cinq ans, j'ai guéri 12 malades par des lavages, ce qui m'a décidé à soigner depuis par ce moyen tous les empyèmes des sinus importants. La réussite de ce procédé est prouvée par la guérison du malade présenté après sept irrigations, ce à quoi mes contradicteurs auraient dû réfléchir. Il faut trouver l'explication de ce fait. L'expérience nous apprendra ce que deviennent ultérieurement les malades, mais ici au bout de 9 mois pas plus que dans les observations rapportées une ou deux semaines après l'opération, il n'y a eu de récidive. Je n'ai pas compté parmi les empyèmes toutes les suppurations consécutives aux coryzas aigus, mais j'ai attaché une importance particulière à l'abondance de la sécrétion matinale (après le lever), la fréquente unilatéralité de la suppuration et les symptômes simultanés (tuméfactions des joues, douleurs dans la mâchoire supérieure saine, etc.). Lorsqu'on considère complètement l'anamnèse, on rencontre nombre de cas analogues. En ce qui concerne mes remarques cliniques à propos des suppurations ethmoïdales compliquées, j'ai dit que je consignerais mes opinions dans un mémoire ultérieur sur les suppurations ethmoïdales. Aujourd'hui j'ai surtout parlé pour que mes collègues essaient le traitement des empyèmes opiniâtres de l'antre.

La méthode opératoire de Chiari est encore celle que je

préfère, car elle évite bien des accidents signalés autrefois. Du reste, il ne faut pas faire d'erreur à propos des tendances de mes expériences. Je n'ai naturellement pas l'intention de me prononcer nettement contre les opérations, mais je désire m'élever contre l'abus de plus en plus répandu des interventions plus ou moins étendues dans tous les cas indistinctement, et contre le rejet du simple sondage de l'orifice.

Il faudra d'abord essayer ce moyen dans tous les cas, et, selon Killian, par la pratique on en retirera des *résultats toujours plus satisfaisants*.

3. Hajek. — **Les modifications pathologiques des os ethmoïdaux dans les inflammations de la muqueuse nasale (ethmoïdite nécrosante).**

Woakes, en 1885, a pour la première fois abordé ce sujet. Il parla d'une affection particulière du cornet moyen débutant par l'hypertrophie, et produisant par la suite une nécrose des lamelles osseuses. On voit survenir après des polypes du nez, qui peuvent souvent donner naissance à des abcès du sinus maxillaire.

Bien que la même année Woakes ait complété son mémoire et y ait adjoint des planches microscopiques pour en faciliter la compréhension, on a beaucoup attaqué son étude et peu d'auteurs ont adopté ses idées. Les phrases terminant le travail de Woakes sont très importantes pour la question des polypes du nez, elles disent que ces polypes ne sont pas des affections primitives, mais un signe d'ethmoïdite nécrosante ayant débuté par des altérations de la muqueuse.

Malheureusement, l'article de Woakes était si peu motivé et ses figures si confuses, que ses recherches ont été ou passées sous silence, ou jugées très sévèrement. Semon a posé un point d'interrogation devant les hypothèses de Woakes, et M. Schmidt fait observer qu'il voit dans la communication de l'auteur anglais une série de maladies diverses réunies dans une affection. Zuckerkandl a réfuté d'une façon raisonnée les résultats de Woakes, en disant qu'il n'avait rencontré de nécrose osseuse dans aucun cas de polype nasal, mais qu'au contraire, les portions osseuses situées à la base de nombreux polypes s'allongeaient et se ramollissaient.

Malgré ces contradictions, Woakes ne cessait pas de chercher de nouvelles preuves à ses vues. En 1889, il publia de nouvelles recherches, dont l'intérêt consiste surtout en ce que les expé-

riences anatomiques furent faites par Martin. Ces examens révélèrent que sur 20 pièces on rencontra 2 cas de nécrose osseuse, 10 fois une résorption partielle, tandis que dans 8 cas les os étaient intacts. D'après ces résultats, Woakes motiva de nouveau son ethmoïdite nécrosante, bien qu'il soit clair que les recherches de Martin ne motivent pas l'existence d'une ethmoïdite nécrosante.

Dans les traités récents, la théorie de Woakes n'a pas recruté plus de partisans, bien que certains auteurs, tels que Grünwald disent avoir rencontré à plusieurs reprises la nécrose chez le vivant.

La réunion annuelle des Laryngologistes britanniques en 1895 a démontré la diversité d'idées sur ce point. La plupart des orateurs se sont prononcés contre l'opinion de Woakes, et ont nié l'existence de la nécrose et sa participation à la formation de polypes du nez.

Tandis que jusqu'ici la discussion avait surtout porté sur la question de l'existence ou de l'absence de nécrose dans les polypes du nez, Zuckerkandl a ouvert un horizon nouveau en disant que la couche osseuse, sise sous les polypes et les hypertrophies, s'hypertrophie, c'est à dire que c'est juste le contraire de ce que prétend Woakes.

L'auteur a fait des recherches sur le vivant, ce qui a l'avantage d'offrir en même temps l'image clinique. Il a examiné 17 cas de cornets hypertrophiés dégénérés et 12 cas de polypes avec leur apophyse osseuse. On obtint cette dernière par une évulsion. Les hypertrophies et les polypes offraient dans quelques cas l'apparence de rhinites diffuses, dans d'autres ils étaient accompagnés d'empyèmes d'une valeur secondaire. Au toucher avec la sonde, certaines hypertrophies révélaient une légère friabilité de la couche osseuse sous-jacente.

Pour se rendre compte des proportions anatomiques, on dut d'abord entreprendre un travail préliminaire sur la muqueuse normale et les os qui s'y rapportent, dont nous reproduirons les principales lignes.

Si l'on examine un cornet moyen en entier, pour étudier les relations de la muqueuse et des os, on sera frappé par le caractère spongieux de la portion osseuse du cornet moyen. Il existe des espaces spongieux petits et grands ; il y a toujours une grande cavité au milieu du cornet moyen. Il est fort important que les espaces grands et petits soient ouverts largement en divers endroits de la surface, de manière que les espaces médullaires souvent répétés forment une solution de continuité avec le

revêtement muqueux. La plupart des espaces médullaires contiennent peu de graisse et consistent surtout en tissu cicatriciel aérolaire et en cellules médullaires, d'autres renferment plus de graisse, tandis que quelques-unes contiennent les deux. Le point important est qu'il n'existe pas de contact entre la couche profonde de la muqueuse et le tissu médullaire, de manière qu'une inflammation de la muqueuse ne puisse pas pénétrer dans l'espace médullaire. Les autres parties des os ethmoïdaux offrent le même caractère spongieux. Présentation de coupes microscopiques du cornet moyen, du labyrinthe ethmoïdal et du processus uncinatus, sur lesquelles on distingue les rapports entre le revêtement muqueux et les espaces médullaires.

A l'état normal, il est aisé de se rendre compte des modifications pathologiques. On peut, suivant leur intensité, diviser en trois catégories les changements observés sur les cornets enflammés excisés. La première classe comprend les infiltrations de la surface de la muqueuse, lorsque les couches profondes sont intactes. La seconde division pourrait être désignée sous le nom d'inflammation profonde car elle est caractérisée par une infiltration non seulement de toute l'épaisseur de la muqueuse, mais aussi de tous les espaces médullaires qui s'y rattachent. On en montrera des coupes. Dans ces cas d'inflammation profonde, tout le cornet est infiltré, et au milieu du tissu enflammé les trabécules osseux demeurent intacts.

Il est facile à comprendre que lorsque le périoste et les espaces médullaires sont infiltrés, les os ne peuvent pas rester indéfiniment normaux. Dans la plupart des cas d'inflammation prolongée, il se produit des modifications osseuses de deux sortes : les hyperplasies et les raréfications. Ces dernières peuvent être considérées comme la troisième classe de modifications. On reconnaîtra dans toutes les coupes que les changements osseux ne sont que le résultat de l'inflammation pénétrant de la surface dans la profondeur, et jamais on n'a vu de modification osseuse sans participation des parties molles.

Sur 17 cas examinés d'hypertrophies du cornet moyen, six présentaient seulement une inflammation superficielle de la muqueuse, 11 une inflammation profonde (s'étendant aussi à l'os médullaire), 3 cas offraient une tumeur osseuse hypoplastique et dans 4 cas on voyait clairement la raréfaction, c'est-à-dire des lacunes de Howshipp et des ostéoclastes. Dans les derniers cas les trabécules osseux étaient amincis et les espaces médullaires agrandis.

On remarquera que dans la majeure partie des cas de modifications osseuses, il n'existait jamais l'hyperplasie ou l'ostéite raréfiante, mais les deux à la fois, fait qui a été constaté il y a longtemps par les anatomistes lors de la formation osseuse physiologique et pathologique. Les détails des examens microscopiques seront fournis par des coupes et des dessins.

L'hyperplasie est due à l'excitation et à la prolifération du périoste alliées à la congestion de la muqueuse, tandis que l'ostéite raréfiante provient vraisemblablement des troubles nutritifs des os venant des accidents de la circulation. On élucidera facilement ces derniers par l'infiltration cellulaire des espaces médullaires et la compression partielle des veines.

Il ressort clairement de ces recherches que l'ostéite raréfiante ne joue pas un rôle prépondérant, mais accessoire, au cours des inflammations pénétrant de la surface au fond ; Woakes a donc commis un gros lapsus linguæ, quand il a placé la nécrose ou plutôt l'ostéite raréfiante au premier rang des manifestations indiquant la présence des polypes.

Ce qui a été dit pour les hypertrophies, sert aussi pour les polypes ; il va de soi que ces derniers ne sont pas autre chose qu'une hypertrophie œdémateuse ; sur les 12 cas examinés, 4 présentaient des modifications superficielles de la muqueuse, et 8 une inflammation profonde c'est-à-dire une infiltration de la couche osseuse sous-jacente ; dans deux de ces derniers on constata de l'hyperplasie et dans trois cas une ostéite raréfiante importante.

Ici aussi la raréfaction des os n'est qu'accessoire et n'a pas de valeur caractéristique pour les polypes, car, avant tout, les derniers tirent leur origine de l'inflammation des couches muqueuses périphériques. Il n'existe pas d'exemple, prouvant le dire de Woakes, qui affirme le contraire, c'est-à-dire l'issue du polype des espaces médullaires.

A la fin de sa communication sur l'ethmoïdite nécrosante, Hajek fait quelques remarques à propos de l'apparition du tissu médullaire œdémateux dans les amputations du cornet moyen. Ce tissu peut être aisément confondu avec un polype et n'en diffère que par l'absence d'enveloppe solide (muqueuse et épithélium).

La présence de ce tissu particulier s'explique en ce que ce tissu rencontrant peu de résistance (l'espace ouvert spongieux du cornet moyen) s'enflamme et s'œdématie aisément.

Dans certaines circonstances, le polype ne serait-il pas attri-

buable à l'inflammation primitive des espaces médullaires ? Cette idée ne doit pas être repoussée *a priori* mais on observera qu'il n'existe pas de preuve de cette opinion.

Il serait possible aussi que les récidives opiniâtres des polypes invétérés, puissent s'expliquer au moins en partie par l'infiltration des cavités spongieuses. Peut-être la base du polype est-elle formée de trabécules osseux séparés par des espaces médullaires infiltrés, offrant peu de résistance, et disposés à s'enflammer vu leur facilité d'excitation. Toutefois cette dernière idée ne devra être envisagée qu'à titre hypothétique.

En ce qui concerne les rapports de l'ostéite raréfiante avec la nécrose et la carie, il ne s'agit jamais de la formation d'un séquestre, car le tissu osseux se résorbe et se perd dans l'espace médullaire ; ce n'est pas non plus une carie, car jamais la résorption de portions osseuses ne provoque d'ulcérations ni de destruction. On comparera surtout les raréfactions osseuses avec la résorption des os des cornets dans la rhinite atrophique, qui n'est jamais suivie de la formation d'un séquestre ou de destruction ulcéreuse. L'auteur publiera un mémoire détaillé dans les *Archiv. f. Laryngol.* de B. Fraenkel.

Discussion.

Weil demande d'abord si dans ses coupes Hajek n'a pas trouvé de places où la muqueuse laissait les os à nu et où on aurait pu les toucher avec la sonde ?

Quant à l'hypothèse de Hajek au sujet de la récidive des polypes du nez, Weil croit que l'explication clinique en serait fort aisée. Lorsqu'en retirant un polype, on enlève un fragment osseux, on trouve très souvent l'autre côté (le cornet moyen ou la surface interne d'une cellule ethmoïdale) occupé par de petits polypes ; c'est donc le reste de la muqueuse des méats et des cellules ethmoïdales qui fournit de nouveaux polypes. Aussi les opérateurs qui retirent les polypes au serre-nœud et préservent peureusement les os, ont-ils de fréquentes récidives. W. est heureux qu'Hajek ait trouvé souvent les os atteints, car il a toujours cru à l'existence d'une ostéite raréfiante dans les cas où les osétaient friables et s'enlevaient aisément avec le polype ; il est difficile de se rendre compte si l'ostéite est primitive ou secondaire ; à la réunion des Naturalistes à Vienne, en 1894, l'auteur a émis l'idée que ces controverses seraient résolues par l'examen histologique de fragments osseux extirpés sur le vivant.

Panzer, à l'encontre de Hajek, dit que les polypes peuvent provenir d'autres causes que des dépôts sanguins et de l'œdème consécutif, car à l'examen histologique beaucoup de polypes révèlent non seulement un œdème, mais d'autres modifications importantes, hypertrophie des glandes muqueuses, etc. Quant à l'apparition de masses œdémateuses au point d'arrachement de l'extrémité antérieure du cornet moyen, que Hajek considère comme un œdème de l'os médullaire consécutif à l'excision, Panzer fait remarquer que l'on rencontre aussi de petits polypes à la suite de l'extraction de parties osseuses de l'extrémité antérieure et qu'ils proviennent d'une cavité du cornet moyen que l'on ouvre en même temps que les os en retirant l'extrémité antérieure.

Roth : Panzer a sans doute mal compris l'auteur, car celui-ci a clairement expliqué que les végétations polypoïdes apparaissant peu de temps après l'amputation de l'extrémité antérieure du cornet moyen n'étaient pas des polypes recouverts de muqueuse et d'épithélium, car ils s'effritent quand on les enserre avec l'anse, c'est plutôt une substance médullaire œdématiée, les tumeurs existant dans les cornets sont souvent des polypes, ainsi que je l'ai vu au cours d'une suppuration nasale ancienne après l'amputation de l'extrémité antérieure du cornet moyen que j'ai faite au serre-nœud et publiée in-extenso. De plus, nous savons qu'on rencontre assez fréquemment de vrais polypes dans les cellules ethmoïdales et qu'une bulle des cornets n'est autre chose qu'une cellule ethmoïdale, ce qui fait que l'existence de polypes n'y a rien de surprenant.

Chiari dit que les plaies osseuses se couvrent toujours de granulations, ainsi qu'on le voit souvent après avoir scié les épines de la cloison.

Contrairement à Weil, il conseillerait, lors de l'évulsion du polype, de ne pas s'attaquer si résolument aux os ethmoïdaux, car la vieille méthode chirurgicale consistant à enlever les cornets avec la pince, ne préservait pas des récidives. Il ne faut naturellement pas craindre d'enlever quelques parcelles osseuses à la base du polype et d'ouvrir les cellules ethmoïdales, lorsqu'elles donnent naissance aux polypes. Le principal est toujours d'extraire les polypes, même petits, et d'enrayer toutes les hypertrophies pouvant produire des polypes. Chiari est du même avis que Hajek en ce que les polypes et les hypertrophies proviennent d'une inflammation chronique à laquelle peuvent participer les os, ce qui a été démontré par Hajek. Chiari fait obser-

ver que dans les gros polypes naso-pharyngiens, il n'est pas rare de rencontrer des lamelles osseuses, n'ayant aucune relation avec les os du point d'implantation (le cornet moyen, par exemple) ; de plus, il existe presque toujours des inflammations chroniques des parties molles des os du voisinage, de sorte que la participation des os ethmoïdaux à l'inflammation des parties molles entourant le polype ne nous surprend pas.

HAJEK. — Le tissu œdématié provenant des espaces médullaires n'a rien à faire avec les polypes des cornets dégénérés ou du labyrinthe ethmoïdal ; ces derniers sont de véritables polypes, tandis que les premiers n'ont pas d'enveloppe. Il n'a jamais cru que les polypes résultaient d'un œdème, mais qu'ils étaient une hypertrophie œdémateuse, idée généralement adoptée par les rhinologistes d'aujourd'hui. Il répondra négativement à propos de l'existence des cas où les os étaient à nu et les ulcérations muqueuses découvertes, car dans les cas non compliqués de syphilis ou de tuberculose, l'auteur n'a jamais constaté de destruction ulcéreuse ou d'os dénudés, ce qui n'empêchera pas que souvent l'ouverture d'un empyème ne puisse donner lieu à une nécrose partielle de la muqueuse et des os. Le présent travail a surtout concerné les modifications typiques et non les complications accidentelles.

Séance du 11 juin 1896 (¹).

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr GROSSMANN.

1. CHIARI présente un homme de 52 ans, atteint depuis le mois de février 1895 d'enrouement et de douleurs dans l'épaule gauche et la moitié de la tête. Ces troubles furent alors attribués à un anévrisme de la crosse de l'aorte et l'on constata une **paralysie totale de la partie gauche du larynx** avec position cadavérique de la corde vocale. Depuis environ six semaines, le ventricule gauche a commencé à se mouvoir en arrière lors de la phonation, tandis que la vraie corde vocale concave et le cartilage

(¹) D'après la *Wiener Klin. Woch.* 25 juin 1896.

aryténoïde demeurent complètement immobiles. On observe encore actuellement cette particularité.

Des faits semblables ont déjà été signalés dans des cas de paralysie récurrentielle, mais ce cas est intéressant parce que, dès le début de la paralysie du récurrent, la moitié gauche du larynx s'est entièrement immobilisée, et que ce n'est que beaucoup plus tard que le ventricule a recouvré sa motilité. Peut-être s'agit-il ici d'une participation du récurrent aux atrophies dépendant de l'anévrisme. Le malade continuera à être observé.

2. Störk donne un aperçu historique du développement de l'**œsophagoscopie** accompagné de démonstrations de divers instruments d'examen qu'il a employé à plusieurs époques. Il consacre une plus longue description à son œsophagoscope à manche articulé récemment perfectionné. L'instrument est introduit recourbé comme une bougie, puis enfoncé tout droit par une pression de 180°. Le procédé est démontré sur deux malades.

3. Ebstein montre un instrument qu'il emploie pour la **dilatation endoscopique des rétrécissements caustiques de l'œsophage** qui résistent au traitement par les bougies ou le catgut enfoncés par la bouche. Pour dilater on a recours à des tiges de laminaire que l'on introduit dans le tube œsophagien à l'aide d'un instrument simple sous le contrôle de l'œil. L'instrument consiste en une sonde mince (treize Charrière), longue de 50 centimètres, à l'extrémité de laquelle on adapte un conducteur muni de deux branches de petites pinces. Ces dernières sont en forme de tiges et dentelées sur les bords. L'autre extrémité est munie d'une vis faisant mouvoir les branches et est recourbée à angle obtus pour être mieux maintenue. Aussi peut-on se passer d'un manche qui nuirait certainement pas son poids. On insère dans la pince tubulaire diverses tiges de laminaire longues et épaisses et un solide fil de soie que l'on assujettit par un nœud et que l'on tend fortement à l'extérieur sur la tige. Avec un peu d'habitude l'introduction est aisée. Ensuite on retirera l'instrument et le tube, on laissera la tige de laminaire dans la partie sténosée, jusqu'au moment où on la fera sortir par la bouche à l'aide du fils de soie. Par une application plus ou moins longue, on est tout à fait maître de la situation sans avoir à redouter les effets de la dilatation provoqués par la méthode de Senator.

Ce procédé est surtout destiné aux rétrécissements étroits imperméables autrement, il s'adresse moins aux sténoses can-

céreuses. Il réussit particulièrement dans les rétrécissements annulaires et tubulaires courts, on pourra aussi l'employer dans les sténoses disséminées pour dilater les plus élevées et pratiquer l'introduction des bougies pour les plus profondes. Ebstein présente un enfant de 7 ans chez lequel, en quatre séances il a réussi a dilater l'orifice des parties annulaires rétrécies qui ne laissaient pas passer le catgut, sur l'épaisseur d'un crayon de façon qu'on put renoncer à la gastrotomie projetée.

4. CHIARI montre une grosse **tumeur** (6 centimètres de long sur 4 centimètres de large et 5 centimètres d'épaisseur) molle qui partait du repli ary-épiglottique et descendait jusqu'au deuxième anneau trachéal. Sur le malade elle changeait de forme. En raison de sa dimension et des nombreux vaisseaux qu'elle renferme, Chiari l'extirpa par la laryngo-fissure.

SOCIÉTÉ AUTRICIENNE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 28 avril 1896.

Président : Prof. GRUBER.

Secrétaire : Dr POLLAK.

POLLAK rappelle qu'il y a eu, le 2 avril, 25 ans que les Drs Politzer et Gruber on été nommés professeurs, et il propose d'insérer au procès verbal les félicitations qui vont être adressées à ces maîtres si respectés. Cette motion accueillie avec grande faveur est suivie de l'expression des remerciments des prof. Gruber et Politzer.

1. GRUBER présente une fillette de 6 ans atteinte de **malformation du pavillon** et d'absence de conduit auditif externe accompagnées d'une asymétrie prononcée de la moitié du visage.

La malade est née de parents sains. La cause de la malformation est inconnue.

En général, le pavillon gauche est normal. La pointe de Dar-

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.* Mai 1896.

win est très prononcée, et derrière l'antitragus, qui est bien plus éloigné du tragus que d'habitude, ce qui fait que l'extrémité supérieure de l'incisure intertragique a une épaisseur de 1 centimètre d'en avant en arrière, se trouve sur le lobule une excroissance grosse comme un grain de blé qui est protégée par un cartilage, ainsi qu'on le reconnaît par un examen attentif. Au toucher on sent entre celui-ci et le cartilage de l'hélix une interruption du cartilage.

La moitié droite de la face est beaucoup plus petite que la gauche, ce qui fait que l'angle gauche de la bouche est plus profond et que la lèvre supérieure, surtout dans sa partie gauche, avance sur la lèvre inférieure. Le toit de la cavité buccale est très concave, les dents de la mâchoire supérieure sont plantées de telle sorte qu'en fermant la bouche, leurs pointes touches les bords acérés du maxillaire inférieur. Lorsque la bouche s'ouvre, la fente buccale est plus large à droite et plus accentuée de ce côté. La portion cartilagineuse du nez est très affaissée.

La circonférence crânienne est de 57 centimètres ; la distance entre le pavillon gauche et l'aile gauche du nez atteint 10 centimètres ; l'éloignement du pavillon rudimentaire droit de l'aile droite du nez, toujours à partir de l'insertion la plus profonde du nez est de 8 centimètres. La hauteur du pavillon gauche est de 6 centimètres, celle du pavillon rudimentaire du lobe mou, de 3 centimètres, l'excroissance protégée par le cartilage a $3^{cm},5$.

Le pavillon gauche est représenté par un lobe cutané cartilagineux, de forme ronde, inséré sur une large base, convexe en arrière, convexe en avant, et tourné du côté de la figure.

On n'y distingue pas trace de cartilage, de sorte que l'ensemble donne l'impression d'un lobule excessivement développé. Sur celui-ci on voit une excroissance recouverte d'un tissu cutané, de forme longue ovale, protégée par un cartilage que l'on suit dans la profondeur sur une petite étendue (cartilage rudimentaire du conduit auditif. Devant le plus grand lobe cutané il existe une néoformation s'insérant comme l'appendice auriculaire, de forme ronde, haut d'environ 5 millimètres et mesurant 3 millimètres à la base. A 5 millimètres en dessus on rencontre une néoformation molle analogue.

Le processus mastoïdien est à sa place normale, le pavillon droit rudimentaire est inséré plus profondément que l'extrémité inférieure du pavillon gauche, de façon que le pavillon rudimentaire s'écarte de 10 centimètres du milieu du menton

tandis que le pavillon gauche n'est éloigné du même point que de 8 centimètres.

La tête du maxillaire inférieur s'articule normalement. On ne découvre aucune trace d'ouverture auriculaire externe. Soit la bouche fermée, soit en abaissant le maxillaire inférieur, on ne reconnaît aucun signe indicateur de l'existence d'un conduit auditif externe.

La trompe d'Eustache est facile à cathétériser à droite et en donnant la douche d'air, une main expérimentée s'aperçoit que l'air se précipite dans la région de l'oreille ; l'auscultation ne relève aucun signe qui démontre la participation certaine de la tumeur de l'oreille moyenne. Les dires de l'enfant au sujet de ses impressions lors de la pénétration de l'air n'ont aucune valeur.

L'audition est normale à gauche, et la voix parlée est perçue distinctement par l'oreille droite déformée : Le diapason est entendu par la voie aérienne et à travers les os. L'épreuve de Weber fournit des résultats incertains. Le pouvoir de l'orientation du son est normal.

L'enfant est amenée à la clinique à cause de la malformation qui la défigure.

L'auteur pense qu'il ne saurait être question d'établir un conduit auditif, ce qui serait aisé dans ce cas, et qu'il vaudrait mieux faire une opération pour repousser en arrière le pavillon rudimentaire.

Gruber décrit le mode opératoire qu'il voudrait appliquer et prie ses collègues présents de lui donner leur avis.

Dans la discussion, Politzer et Urbantschitsch se rangent à l'avis de Gruber qui préfère une opération cosmétique à l'établissement inutile d'un conduit auditif artificiel.

2. F. Alt présente une malade âgée de 40 ans, de la clinique de Gruber, atteinte, de septembre à novembre 1895, de rhumatismes articulaires aigus et qui, pendant ce temps, absorba par ordonnance du médecin en tout 149 grammes de salicylate de soude. Dès le début de l'affection apparurent des **bourdonnements d'oreille** accompagnés de violents maux de tête. En novembre, au cours du traitement salicylique, elle fut prise de vertiges, croyait tomber à droite, ses yeux se brouillaient, et elle restait pendant quelque temps inanimée sur le sol, le tintement était continuel à droite. D'abord ces crises se produisirent une fois en deux ou trois semaines, puis elles devinrent journalières.

Oreille droite : Membrane tympanique légèrement contractée. obscurcie, réflexe lumineux aboli. Oreille gauche : Membrane du tympan presque totalement recouverte par une cicatrice. Weber à gauche, Rinne positif à gauche. L'oreille droite ne perçoit ni les diapasons hauts, ni les bas, qui sont latéralisés à l'apophyse mastoïde gauche. Montre à 1 mètre à gauche, 0 à droite. A droite la voix n'est perçue qu'au voisinage immédiat de l'oreille, probablement par la gauche. Ce cas est intéressant, car il est indubitable que l'emploi d'une grande quantité de salycilate de soude a provoqué une affection unilatérale du labyrinthe et de l'acoustique.

Pollak demande à ses collègues quels résultats ils ont obtenu par la quinine dans la maladie de Ménière ? Il communique les heureux effets que lui ont donnés de petites doses de 0,10 trois fois par jour.

Gruber, Politzer et Urbantschitsch ont renoncé à l'emploi de la quinine après avoir eu des accidents par des doses élevées.

3. Alt présente ensuite un facteur de 6 ans, qui étant ivre, dans la nuit du 18 au 19 janvier tomba du 3e au 2e étage de sa maison et demeura sans connaissance. Quand il reprit ses sens, il saignait du nez et de l'oreille droite. Le lendemain il vint à la clinique de Gruber. A l'examen on trouve la moitié droite du visage tuméfiée et sanguinolente, une forte ecchymose sous-conjonctivale, une paralysie faciale droite presque complète, le fond de l'œil est normal, les mouvements oculaires sont libres. Le goût et l'odorat sont intacts, pas de trouble des dixième, onzième et douxième nerfs cérébraux. Pouls 84, température 36,3. Devant l'oreille droite on voit une tuméfaction grosse comme une noix douloureuse à la pression, la région du tragus est colorée en bleu foncé, le conduit auditif élargi, ses parois recouvertes de sang coagulé. De la paroi postéro-supérieure du conduit auditif pend une tumeur molle grosse comme un haricot, colorée en bleu foncé, recouvrant la majeure partie de la membrane tympanique. Les portions visibles de la membrane du tympan sont livides et voûtées.

Oreille gauche normale. Weber à gauche, Rinne positif à gauche. L'oreille droite ne perçoit aucun diapason, ni haut, ni bas, latéralisation gauche de l'apophyse mastoïde. Montre nulle à droite. Lorsque le malade est debout en fermant les yeux, il vacille, quand il marche, il tend à tomber à droite. Lorsque le

malade tousse ou se mouche, il sort du sang de la bouche et de la narine droite.

Au bout de huit jours la tumeur du conduit auditif avait disparu, l'écoulement sanguin cessa au bout de douze jours et la membrane du tympan redevint normale à droite. La paralysie faciale céda sous l'action du courant faradique. Le vertige disparut, mais des bourdonnements apparurent. Pas de modification par l'application du diapason.

Diagnostic : **Fracture de la base du crâne**, gagnant par le tegmen tympani la paroi supérieure osseuse du conduit auditif, sans léser la membrane tympanique, et pénétrant dans le labyrinthe ou le méat auditif interne et blessant l'acoustique. Le nerf facial demeure indemne. La paralysie faciale, de courte durée, doit être attribuée à un hématome comprenant le facial.

4. Ensuite Alt montre un enfant de 6 ans qui fut amené en janvier 1895 à la clinique de Gruber comme étant sourd-muet de naissance. Comme anamnèse on fit remarquer que les parents de l'enfant étaient sourds-muets et avaient été élevés dans une Institution de sourds-muets. Une sœur plus jeune que l'enfant entendait mal. La membrane tympanique du malade était normale ; il ne réagissait à aucun bruit et ne donnait aucun signe de compréhension lorsqu'on posait le diapason sur sa tête. Ne pouvant rien obtenir par le traitement médicamenteux, on essaya des **exercices acoustiques** à la clinique, puis l'enfant fut rendu à ses parents. Quand il revint, deux mois après, il entendait tous les mots prononcés devant lui et pouvait les répéter. Avant de conduire l'enfant à la clinique sa famille le croyait sourd-muet et ne se donnait pas la peine de lui apprendre à parler. L'enfant se trouvait dans la situation de celui qui n'est pas habitué à réagir contre la parole. Pour les exercices auditifs, il fut placé auprès des membres de sa famille qui, au contraire de ses parents sourds-muets, parlaient beaucoup, il accoutuma son oreille et apprit à parler. Il ne faut pas placer ces enfants dans les établissements de sourds-muets, il est préférable de les retirer à leurs parents et de les faire parler et entendre.

Discussion.

Politzer considère ce cas comme une surdité psychique.

Gruber et Urbantschitsch adoptent cette idée. U. recommande

d'éviter à ces enfants le séjour des Instituts de sourds-muets où ils ne peuvent exercer leur ouïe.

5. Max présente un homme de 29 ans, porteur d'une **anomalie du pavillon de l'oreille gauche.** A peu près au milieu de la moitié supérieure du pavillon se trouve un trou rond gros comme un noyau de cerise, commençant au tiers supérieur de l'anthélix, de sorte que la bifurcation manque ; en haut, la lacune mesure environ 7 à 8 millimètres. Par la périphérie supérieure on revoit les deux tiers supérieurs normalement conférés de la crura antihelicis. Sans cela le pavillon est intact. Les bords du trou sont aigus, non cicatriciels. L'anomalie de la surface postérieure du pavillon est identique.

L'anomalie n'est pas congénitale, elle s'est développée en quelques mois au bout de la deuxième année. Le malade ne sait à qu'elle cause l'attribuer. Ni syphilis ni tuberculose. L'origine la plus vraissemblable serait une gangrène circonscrite.

L'auteur boucha l'ouverture en ravivant les bords et faisant des sutures dans la peau et le cartilage de l'anthélix. Par là, le pavillon se rétrécit légèrement.

Il n'existe pas d'observation semblable dans la littérature.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux (sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc...) Méthodes. Statistiques. Institutions. Législation, etc..., par les Drs Hamon du Fougeray (du Mans) et L. Couetoux (de Nantes). Préface du Dr Bourneville, médecin de la section des enfants arriérés et nerveux de Bicêtre (Paris, 1896).

Jusqu'ici les méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux n'étaient guère connues et étudiées que par le personnel enseignant de nos institutions, et la grande majorité du public médical n'en avait que de vagues notions. On ne saurait en être surpris. En effet, aucun livre pratique résumant les connaissances éparses dans les nombreux traités spéciaux, condensant succinctement les données acquises, montrant clairement par une critique judicieuse les faits bien établis et les perfectionnements à accomplir, n'avait encore été écrit.

Le manuel des Drs Hamon du Fougeray et Couëtoux comble heureusement cette lacune. Chaque infirmité y est étudiée sous toutes les faces et aucun point important n'y est omis. Ce travail ne pouvait être mené à bien que par des médecins connaissant tout ce qui regarde la physiologie du développement de l'intelligence, et l'on trouvera à ce sujet des pages dignes d'être lues avec attention.

Ce livre vient à son heure, car déjà la somme des acquisitions pédagogiques et médicales profitables aux enfants anormaux est considérable.

L'enseignement actuel donné en France aux diverses catégories d'enfants anormaux est encore bien insuffisant. Nous vivons toujours sous le régime de la routine sans qu'il soit tenu compte des progrès scientifiques qui s'accomplissent chaque année. Cette routine est la cause de l'inertie et de l'incurie des milieux officiels. On semble croire en haut lieu que tout ce qu'il est possible de faire est fait à l'heure actuelle, et cette erreur est entretenue dans le public par l'ignorance même de tout ce qui touche à cette question. Cette même ignorance existe aussi

dans le public médical qui ne fait aucun effort pour réagir parce qu'il ne sait pas ce qui existe et ce qui devrait exister.

Les statistiques officielles n'ont aucune valeur; les plus récentes remontent à près de 20 ans.

Il ne s'agit pas cependant de quelques centaines, de quelques milliers d'êtres humains que le manque d'éducation et d'instruction laisse vivre à l'état de brutes, c'est par centaines de mille qu'il faut compter.

Il existe divers projets de lois qui dorment pour longtemps encore dans les cartons de la Chambre et du Sénat, alors que le nombre des enfants anormaux augmente chaque année sous l'influence de causes multiples et surtout de l'alcoolisme.

C'est pour détruire cette indifférence coupable et réveiller l'intérêt que doivent nous inspirer les infirmités de l'enfance que les auteurs ont écrit ce manuel. Nous avons le ferme espoir qu'ils y réussiront, car ils ont démontré péremptoirement, comme le dit avec raison le Dr Bourneville, que toutes les catégories d'enfants anormaux sont susceptibles d'être améliorés, relevés, instruits.

Il appartient surtout aux médecins spécialistes de répondre à l'appel qui leur est fait et de travailler de tous leurs efforts pour atteindre le but. L'œuvre des Drs Hamon du Fougeray et Couëtoux est non seulement scientifique, elle va plus loin en nous montrant le devoir social à remplir. A. G.

De l'adhérence totale du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, par Em. Kollbrunner (*Thèse* de Strasbourg, 1896).

L'ouvrage contient deux observations inédites du Prof. Kuhn.

Obs. I. — Jeune fille de 16 ans, syphilitique héréditaire. Les piliers postérieurs du voile sont complètement adhérents au pharynx; la respiration nasale s'est graduellement supprimée depuis un an et il existe une rhinite purulente fétide. L'ouïe est affaiblie, les tympans déprimés, le gauche un peu décollé à sa périphérie, de sorte que l'insufflation d'air par la trompe produit un bruit intense. L'odorat est aboli, la parole incompréhensible. Le traitement consiste d'abord dans la perforation du voile à l'aide du thermocautère après anesthésie par la cocaïne; l'ouverture d'un centimètre de diamètre est maintenue béante à l'aide de mèches passant par le nez, puis à l'aide d'un drain durant trois semaines. A ce moment on place un appareil qui consiste en une plaque moulée sur le voile et le

palais, fixé aux molaires (comme un dentier) et portant un tube qui passe dans l'ouverture artificielle. Cet appareil est porté pendant un an sans aucune gêne et amène la formation d'une ouverture grande comme un franc, à bord minces, sans rétraction possible ; quatre ans plus tard l'opérée était institutrice ; c'est dire que sa parole, sa respiration et son ouïe étaient irréprochables. (Figure de l'appareil).

Obs. II. — Fille de 18 ans, adhérence totale par une cicatrice fibreuse épaisse. Même opération sous chloroforme, port du même appareil.

L'observation n'est pas terminée. M. N. W.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Note sur l'importance physiologique des variétés morphologiques du pavillon de l'oreille, par C. Féré (*Bulletin de la Société de biologie*, 1896, p. 373).

L'auteur a remarqué que lorsque l'on fait passer parallèlement à l'axe longitudinal du crâne, un diapason vibrant de faible sonorité, à une petite distance de l'oreille, le son subissait des interruptions qui paraissaient correspondre aux saillies du pavillon. Ainsi les silences se produisaient au niveau des saillies de l'hélix, de l'anthélix, du tragus et de l'antitragus et les renforcements du son au niveau des dépressions ou des cavités qui séparent les saillies. Si les saillies sont séparées par des dépressions fort courtes, les silences causés par ces saillies seront moins longs. Il résulterait de ces faits que les malformations du pavillon modifieraient l'audition plus ou moins suivant l'aspect des malformations. A. G.

Note sur la variation électrique (Courant d'action déterminé dans le nerf acoustique par le son), par H. Beauregard et E. Dupuy (*Bulletin de la Société de biologie*, 1896, p. 690).

Ces expériences ont eu pour but de déterminer chez les animaux les limites de la sensation auditive et c'est le courant

d'action qui doit se produire dans le nerf acoustique excité qu'ils ont employé ; ils ont utilisé pour cette mesure le galvanomètre d'Arsonval avec une échelle micrométrique permettant de reconnaître des courants très faibles.

Ces expériences ont été faites chez des cobayes et des grenouilles. Ils mettent le nerf acoustique à nu, le sectionnent, appliquent sur la section un électrode et un autre sur le tympan. Ces électrodes sont reliés par un fil de cuivre au galvanomètre. La section du nerf développe un courant très manifeste, qui s'accentue suivant l'action des bruits que l'on fait entendre près du nerf.

Les bruits aigus ont plus d'action que les sons graves.

Les expériences sont poursuivies chez d'autres animaux.

A. G.

Lavages et pansements de l'oreille et du nez, par JOUSLAIN (*Archives internat. de laryng., otol. et de rhinol.*, mars-avril, 1896).

Faisant la critique des instruments habituellement employés, J. en démontre les inconvénients tenant surtout à la difficulté de les aseptiser. Pour les douches nasales et les injections dans les oreilles, il propose un appareil fort simple composé d'une bouteille d'eau minérale, d'un bouchon de caoutchouc percé de deux trous, donnant passage à deux tubes de verre recourbés, l'un, long, servant à la sortie de l'eau, l'autre, court, amenant l'air comprimé. A ces tubes de verres sont adaptés par l'intermédiaire de tuyaux de caoutchouc : une poire d'un côté, un embout variable suivant les usages, de l'autre côté.

L'auteur emploie aussi le pulvérisateur à liquide médicamenteux et le distributeur d'air mentholé ou phénolé, tous deux construits sur le même principe. L. EGGER.

Perforation du lobule de l'oreille, par ROCHON (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 6 févr. 1896).

A l'occasion d'une observation d'otorrhée survenue consécutivement à la perforation du lobule de l'oreille, l'auteur rappelle les contaminations et complications signalées à la suite de cette bénigne opération ; telles sont : la syphilis, le lupus, l'érysipèle, l'impétigo, l'adénite, l'otite purulente.

Il insiste sur l'inutilité absolue et les dangers de cette opéra-

tion chez les jeunes enfants, que l'on confie à cet effet aux bijoutiers, aux coiffeurs et aux sacristains, et montre l'importance des précautions antiseptiques. L. EGGER.

Hématome aigu du conduit auditif externe gauche, par Y. ARSLAN (Padoue) (*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*, janvier 1896).

L'auteur donne l'observation d'un cas qui présente diverses particularités intéressantes.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, artiste lyrique, sans antécédents héréditaires ou pathologiques. En pleine santé, il ressentit tout à coup une douleur très vive à l'oreille gauche avec sensation de tension, forte diminution de l'audition, malaise général et un peu de fièvre.

L'examen de la région malade permet de reconnaître une tumeur bleuâtre, fluctuante, douloureuse à la pression, insérée sur la paroi inférieure du conduit dont elle obstrue le calibre. Cette tumeur fut incisée et il s'écoula une quantité abondante de sang noirâtre. On put voir alors qu'elle occupait toute la longueur du conduit. Le malade guérit en peu de jours et l'ouïe redevint normale.

L'auteur suppose qu'il pouvait exister une anomalie vasculaire de la région et qu'une hémorrhagie s'est produite sous l'influence d'efforts vocaux. HAMON DU FOUGERAY.

Opération de l'occlusion membraneuse complète du conduit auditif, par COURTADE (*Journ. de méd. de Paris*, n° 6, p. 74, 9 févr. 1896).

A l'occasion de plusieurs cas opérés par l'auteur, il retrace le procédé opératoire et insiste pour maintenir béants les débridements du conduit, sur l'emploi d'un tube de caoutchouc à paroi assez épaisse pour lutter contre la tendance de la plaie à se rétrécir. C. n'a qu'à se louer de ce procédé. L. EGGER.

Deux observations de déchirure du tympan pour cause indirecte, par E. MÉNIÈRE (*Soc. d'otol. de Paris et Archives internat. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril, 1896).

La cause de la déchirure de la membrane dans ces deux cas fut un choc sur la tête.

Dans le premier cas il y eut écoulement du sang par le con-

duit ; plus tard l'examen de l'oreille révéla un épanchement de même nature dans la caisse ; il n'y eut pas de suppuration.

Chez le second malade l'épanchement dans la caisse fut suivi d'otite moyenne aiguë et de périostite du conduit osseux.

L. EGGER.

Sur un cas de trépanation du rocher pour plaie par balle de revolver, par Ed. Schwartz (*Journal des praticiens*, 14 mars 1896).

Pesant les raisons que font valoir d'un côté les abstentionistes, de l'autre les chirurgiens qui, de parti pris, veulent extraire toutes les balles qui vont se loger dans le rocher, M. Schwartz pense qu'il y a place pour l'une et l'autre manière de faire : « Toutes les fois, dit-il, que l'on aura des indications précises sur le siège du projectile, que ces indications nous le montreront accessible, sans que nous soyions obligés pour l'atteindre de faire des dégâts par trop graves pouvant intéresser la fonction et à plus forte raison la vie, lorsque nous serons convaincu que la suppuration est pour ainsi dire inévitable, nous pensons qu'il faut aller à la recherche de la balle et l'extraire. Il nous semble que les conditions inverses sont des raisons pour s'abstenir. »

Ces conseils ont été mis en pratique dans une observation récente. Il s'agit d'une femme de 40 ans, s'étant tiré à bout portant un coup de revolver calibre 7. Il n'y avait aucun symptôme de commotion cérébrale, ni de pénétration crânienne. Pas de paralysie faciale. La balle avait pénétré derrière le pavillon de l'oreille droite et avait creusé un trajet qui communiquait avec le conduit auditif externe et la caisse ; le tympan était en grande partie détruit. Le stylet de Trouvé démontra la présence du projectile dans le trajet, à deux centimètres environ de profondeur. Après décollement du conduit, quelques coups de gouge et de maillet, le morcellement des parties saillantes de la balle déformée, le corps étranger fut extrait. La blessée sortit rapidement guérie.

L. EGGER.

L'incision d'attente dans le traitement des mastoïdites, par Augieras (*Journ. de méd. et chir. pratiques.* Tome 67, n° 139, 25 février 1896).

L'auteur en appelle de la condamnation de l'incision de Wilde dans le traitement de la mastoïdite aiguë : il apporte à l'appui de son opposition à la doctrine classique une intéressante observation.

Il s'agit d'une otite purulente aiguë gauche greffée sur une

oreille depuis longtemps guérie d'une vieille otorrhée. Six semaines après le début des accidents otitiques, fièvre, mauvais état général, douleurs violentes dans l'oreille; au bout de quelques jours, la région mastoïdienne devient rouge, empâtée, douloureuse au toucher, même aspect phlegmoneux en avant du tragus ; et la muqueuse de ce dernier est très tuméfiée. A. fait une incision jusqu'à l'os en arrière du pavillon : écoulement de pus abondant ; le stylet rencontre au fond de la plaie un os dénudé, mais sans points fistuleux. Quinze jours après, cicatrisation de la plaie : dès le lendemain de l'incision, du reste, les douleurs avaient disparu. Un mois plus tard, il ne persistait plus qu'une légère otorrhée non fétide.

La marche de la maladie montre qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un abcès sous-périosté sans participation du squelette de l'apophyse. De tels cas doivent, comme celui-ci, guérir par une simple incision des parties molles. Or, entre l'abcès sous-périosté et l'abcès ostéo-mastoïdien, le diagnostic en serait très difficile ; sans doute la trépanation a été plus d'une fois faite pour des abcès sous-périostés, que l'incision de Wilde eut guéri.

Conclusion : quand le diagnostic est hésitant entre ces deux hypothèses, il est de bonne chirurgie conservatrice de se borner à faire d'abord l'incision des parties molles. Si l'abcès sous-périosté est d'origine externe, cette incision suffira à faire disparaître les phénomènes inquiétants. Si les symptômes malgré cela persistent, c'est que la suppuration est réellement d'origine mastoïdienne, et on aura la certitude, en suivant ce procédé de faire une opération indispensable. M. LERMOYEZ.

Nouvel écarteur pour les opérations sur l'apophyse mastoïde, par M. THORNER (*Archives internat. de laryngol., d'otologie et de rhinologie*, mars-avril, 1896)

L'instrument consiste en une pièce métallique en S, de 4–5 centimètres de longueur sur une largeur de 2 centimètres dont une extrémité est mousse, et l'autre munie de griffes. On place les écarteurs, et on réunit les deux extrémités mousses entre elles par une bande de gaze ou un tube de caoutchouc passant dans leur concavité. L. EGGER.

L'état actuel de l'opération radicale dans le traitement de l'otite suppuree, par le Dr HUGH ED. JONES (*Brit. med. journ.*, 1896, p. 134).

Voici comment l'auteur classe les otites par rapport au traitement :

A. 1. Otite suppurée chronique simple, limitée à la caisse, avec perforation du tympan ; — 2. Cette otite compliquée d'un polype indépendant d'une lésion de l'os ; — 3. Otite avec polypes ou granulations faciles à atteindre et reposant sur de l'os très superficiellement lésé. Dans les cas de ce premier groupe les anciens traitements, y crompris le curettage bien fait, sont suffisants.

B. 4. Suppurations de l'attique avec ou sans carie des osselets ; — 5. Les cas de l'une des subdivisions précédentes dans lesquels des adhérences des osselets entre eux et avec le tympan gênent le drainage de la cavité ou causent des symptômes subjectifs pénibles. Bien des cas du deuxième groupe guérissent sans opération radicale, mais dans la majorité on n'obtient pas de guérison durable avant l'élimination spontanée ou artificielle des osselets.

C. 6. Suppurations chroniques des cellules mastoïdiennes ; — 7. Cholestéatomes ; — 8. Carie de la mastoïde ou des parois de la caisse du tympan inaccessible par le conduit auditif, mais accessible par la voie externe sans lésion de parties essentielles. Les cas du troisième groupe exigent l'opération radicale, par la méthode Stacke-Schwartz, de préférence.

D. 9. Carie ou nécrose de l'os pétreux ; ce sont, en général, des lésions de nature tuberculeuse et il faut laisser une ouverture permanente à la mastoïde afin de permettre l'élimination toujours longue des parties dégénérées.

E. 10. Carie et hyperostose ou exostose se développant côte à côte ; les passages brusques d'un os éburné et compact à une partie poreuse, cariée, ne permettent d'opérer avec sécurité qu'à l'aide du tour de dentiste ; mais cet état de l'os ne peut malheureusement être reconnu qu'au moment de l'opération.

Quant à la manière de traiter la muqueuse dans l'opération radicale, voici ce que l'expérience a appris à l'auteur : quand on laisse une étendue notable de muqueuse, une certaine quantité de mucus continue à être sécrétée, l'oreille moyenne n'est jamais sèche, mais elle paraît saine, il n'y a ni pus, ni mauvaise odeur et la propreté est facile à maintenir ; l'ouïe, dans ces conditions est relativement conservée. Quand, au contraire, la cavité est complètement ou en grande partie tapissée de peau, elle est sèche, mais elle est facilement obstruée par l'épithélium desquamé, elle est le siège fréquent de l'eczéma et la propreté est difficile à obtenir, à moins qu'une ouverture permanente derrière l'oreille ne permette un lavage complet. La conclusion

à tirer de ces faits est qu'il faut conserver autant que possible le revêtement muqueux sauf dans le cas de tuberculose, de cholestéatome et de carie étendue qui se terminent souvent spontanément par une ouverture permanente avec revêtement cutané. M. N. W.

Sur le traitement des otorrhées spécialement au point de vue des complications endocrâniennes, par le Prof. Gradenigo (de Turin) (*Bollettino del policlinico generale di Torino*, 16 février 1896).

L'otorrhée, c'est-à-dire l'otite moyenne purulente chronique, est une affection très fréquente dont la nécessité du traitement n'est plus aujourd'hui contestée. On sait que certains cas guérissent facilement, tandis que d'autres résistent à toutes les médications. Les progrès de la chirurgie ont fait reconnaître l'opportunité d'agir énergiquement sur les lésions osseuses. Mais comme il fallait s'y attendre, les otologistes se sont partagés en deux camps ; les uns trouvant dans l'opération le seul moyen d'obtenir la guérison dans la majorité des cas ; les autres ne considérant, au contraire, l'acte opératoire que comme applicable seulement alors que l'inefficacité des autres méthodes est incontestable.

C'est ainsi que Michael s'élève contre le traitement chirurgical, et le travail de M. le Prof. Gradenigo n'est qu'une réponse aux objections qu'il a présentées.

Pourquoi faut-il opérer ? Pour éviter ou guérir des complications graves souvent mortelles.

Or, Michael, sur deux mille cas d'otite moyenne purulente chronique n'a eu que sept morts, soit 0,35 %.

M. le Prof. Gradenigo fait justement remarquer que dans une clinique, il est difficile de se faire une idée exacte de cette question d'après la statistique. Tant qu'il n'y a pas de complications, le malade vient régulièrement ; dans les cas contraires, les pauvres vont à l'hôpital et les personnes aisées ont recours à leur médecin. De plus, à l'hôpital, ces malades sont répartis dans de nombreux services. Aussi, le pourcentage de la mortalité donné par divers auteurs varie de l'un à l'autre. Schwartze donne 5 %, Bezold 2 %, Barker 2 1/2 %, Heiman 2 %.

Ce chiffre devient plus considérable si on ne considère que les cas graves et Gradenigo a trouvé dans ce cas une mortalité de 8 %.

D'un autre côté, Michael fait observer que Weil, en examinant des milliers d'enfants, en a trouvé 5 °/₀ atteints d'otorrhées, ce qui donnerait pour l'Allemagne trente-six mille cas d'otorrhées. Or, les médecins ne signalent presque jamais de morts par complications. Est-ce une raison ? et cela prouve-t-il qu'il ne s'en présente pas ?

Un autre argument consiste à dire que les opérations en elles-mêmes sont dangereuses et que les statistiques opératoires donnent un chiffre appréciable de terminaisons fatales : que, de plus, la méthode antiseptique n'est pas complètement applicable à l'oreille.

Cette dernière objection est plus que discutable surtout quand il s'agit d'ouvertures larges de la région.

Après avoir rejeté ces opinions diverses par trop conservatrices, M. le Prof. Gradenigo termine en disant qu'il faut d'abord essayer le traitement rationnel par le conduit pendant un temps suffisant, et proposer l'opération seulement si celui-ci, après quelques mois, est resté sans résultats. Mais n'est-ce pas la seule ligne de conduite à tenir en chirurgie générale recommandée par ceux-là mêmes qui ont un réel souci de la vie des malades, sans toutefois être atteints du *Prurigo secandi?*

HAMON DU FOUGERAY.

Symptômes et traitement des affections de l'attique, par BRONNER (*Lancet*, 6 juin 1896).

B. attire particulièrement l'attention sur les faits suivants : 1° l'affection localisée de l'attique est très commune — beaucoup plus qu'on ne le suppose en général — et elle peut ne pas être accompagnée de perforation de la membrane tympanique ; 2° l'attique est presque toujours affectée dans les cas d'otorrhée chronique ayant résisté durant un certain temps aux méthodes ordinaires du traitement, et dans les affections mastoïdiennes de l'adulte ; 3° dans tous les cas d'affections de l'attique nous devrons recourir au traitement chirurgical ordinaire simple avant d'enlever les osselets sous le chloroforme et d'ouvrir l'attique ; 4° en perforant l'attique, nous prolongeons l'incision au-dessus du sommet du pavillon en descendant jusqu'au tragus, et nous soignons la plaie par le dessus ; 5° dans les cas appropriés, le conduit externe devra être partiellement excisé ou incisé, et on formera des lambeaux, puis la plaie extérieure guérira ; 6° nous exciserons toujours la paroi externe de

l'attique et la paroi postérieure du conduit externe et nous examinerons soigneusement toutes les cellules mastoïdiennes qui pourraient être au niveau de l'attique.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Paralysie faciale d'origine otique, par CARTAZ (*Ass. fr. p. l'avanc. des sc.* Congr. de Carthage, 2 avril 1896).

Relation de deux cas de paralysie faciale d'origine otique, différents par leur origine.

Le premier cas a trait à une jeune fille prise d'otite aiguë dans le cours de la grippe et peu après de paralysie faciale. L'otite céda en quelques jours : mais il fallut un traitement prolongé pour venir à bout de la paralysie faciale, qui semblait être due à une névrite du nerf facial par extension de l'inflammation de la caisse.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme atteint, au cours d'une grippe légère, de vives douleurs d'oreilles et le lendemain, d'une paralysie faciale. Une paracentèse vida la caisse d'une sérosité purulente : et, le jour suivant, la paralysie faciale a disparu. C. pense que cette paralysie est due à la simple compression du nerf par l'exsudat, favorisée probablement dans ce cas par des déhiscences de la paroi osseuse de l'aqueduc de Fallope.

M. LERMOYEZ.

II. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Corps étranger de la trachée chez un enfant de 18 mois, par OCTAVE PASTEAU ET J. VANVERTS (*Journ. de clin. et de thérapeut. infant.*, 30 janvier 1896).

Il s'agit d'un gros pépin de citron qui, après quelques tentatives d'expulsion provoquées, fut extrait par la trachéotomie. Malgré la suppuration de la plaie, quoique l'opération eut été faite aseptiquement, et malgré des accidents de broncho-pneumonie, l'enfant sortit guéri le vingt-quatrième jour.

L. EGGER.

De la pénétration des corps étrangers dans le larynx des vieillards, par le Dr G. FERRERI (Rome) (*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia* 1er fasc. 1896).

L'auteur, après avoir rappelé les causes générales qui expli-

quent pourquoi, spécialement chez les vieillards, au moment de la déglutition, les substances dégluties peuvent souvent passer dans le larynx, donne l'observation intéressante d'un cas qu'il a rencontré en octobre 1895.

Il s'agit d'un homme de 73 ans, privé de la majeure partie de ses dents, qui, pendant son repas du soir, sentit pénétrer dans son larynx un corps dur qu'il crut être un fragment d'os. Il essaya en vain de le rejeter. Pendant la nuit il ne put dormir tant la douleur qu'il ressentait était vive.

Le lendemain matin il se rendit à l'hôpital Saint-Jacques où il fut examiné par un des chirurgiens de garde. On lui dit qu'il n'avait rien dans le larynx et que probablement la douleur devait être produite par l'éraillement de la muqueuse pharyngée au moment du passage de l'os.

Mais, souffrant de plus en plus et présentant des phénomènes de suppuration graves, il vint le jour suivant à la clinique du Dr Ferreri.

Après cocaïnisation, l'examen laryngoscopique fit reconnaître une tuméfaction énorme du pli ary-épiglottique droit et de laryténoïde rendant impossible la vue des parties sous jacentes.

Une incision faite avec le couteau laryngien laissa écouler une quantité abondante de pus mêlé de sang. Le malade se sentit immédiatement soulagé. Le lendemain l'examen du larynx était devenu possible et l'auteur put enlever un petit morceau de bois qui se trouvait implanté à l'endroit même où siégeait l'abcès.

Cependant, les douleurs persistaient pendant la déglutition. En cherchant du côté de l'œsophage avec les pinces de Mackenzie, il fut facile de sentir à l'entrée du conduit alimentaire un corps étranger qui avait transpercé la paroi postérieure du larynx. Non sans difficulté, Ferreri put extraire un fragment de bois de 37 millimètres de longueur.

La guérison fut alors complète et rapide.

H. DU F.

Congestions laryngées d'origine nasale, par JOAL (*Rev. de laryng.* 11 avril 1896).

Dans un premier ordre de faits, la sténose nasale amène, par respiration buccale, l'irritation, la congestion de la muqueuse laryngée, d'abord passagère, puis permanente.

D'autre fois, c'est une inflammation aiguë de la pituitaire qui

disparait pour faire place à une fluxion laryngée, par propagation. Dans une troisième catégorie de faits, c'est l'érection du tissu caverneux nasal qui amène, par voie réflexe, des hypérémies laryngo-bronchiques ; l'irritation de certaines zones de la muqueuse, normale ou altérée déjà, provoque aussitôt des troubles vaso-moteurs laryngés, que l'emploi intra-nasal de la cocaïne peut enrayer par vaso-constriction.

D'autre part, des altérations nasales, en abaissant la capacité pulmonaire, diminuent la pression expiratrice nécessaire à la bonne émission des sons ; d'où surmenage des muscles du larynx amenant peu à peu la congestion de la région sus-glottique en particulier, et les troubles fonctionnels qui lui sont inhérents. Enfin, des lésions et inflammations du naso-pharynx, en créant l'insuffisance fonctionnelle du résonnateur nasal, amènent aussi le surmenage vocal; car, pour remédier au défaut de sonorité, on force la voix.

En résumé, les congestions de l'organe vocal ont souvent pour point de départ une affection nasale ; et le traitement de ces affections empêchera la congestion d'aboutir à un processus chronique.

H. RIPAULT.

Diagnostic et traitement de la tuberculose du larynx. (Conférence faite au cercle philologique de Florence le 25 septembre 1895), par F. Massei.

Répondant à l'invitation faite par le prof. Grazzi, le prof. F. Massei a donné à Florence, au cercle philologique le 25 septembre 1895 une conférence sur « le diagnostic et le traitement de la tuberculose du larynx », devant un nombreux public de dames et de médecins.

Le prof. Massei y a exposé le résultat de ses observations faites journellement pendant 26 années de pratique.

Le diagnostic de la tuberculose laryngée, a-t-il dit, oscille entre les limites d'une extrême facilité et celles d'une difficulté quelquefois insurmontable.

Il cite plusieurs cas où l'erreur du diagnostic a été démontrée par l'examen histologique des tissus.

Avant d'affirmer son diagnostic il faut mettre à profit tous les moyens d'y arriver : examen direct, examen bactériologique des crachats, examen histologique des tissus, inoculation aux animaux.

On peut rencontrer des bacilles dans les crachats dans des cas de laryngite non tuberculeuse.

Le prof. Massei a été un des premiers à affirmer la transformation possible des lésions syphilitiques en lésions tuberculeuses.

En 1892, il envoya une circulaire aux principaux cliniciens du monde les priant de faire examiner les crachats des assistants et des infirmiers de leur service qui se trouvaient en rapport constant avec des tuberculeux afin de vérifier l'opinion qu'il avait que la bouche peut contenir des bacilles qui restent inoffensifs. C'est ce que Verneuil a appelé le microbisme latent. L'examen bactériologique positif, pour cette raison, n'est pas, à lui seul, suffisant pour affirmer une tuberculose du larynx.

Au point de vue traitement le prof. Massei étudie successivement :

1° *La trachéotomie* qui est une excellente opération dans les cas de sténoses tuberculeuses. Elle procure une survie parfois très longue et les lésions du larynx peuvent s'amender par le repos de l'organe.

2° *Le curettage* dont le prof. Massei n'était pas partisan au début. Il a modifié depuis son opinion et en a obtenu d'excellents résultats. Il cite, à ce propos, les conclusions de Heryng (Congrès de Londres) qui ont été adoptées par Schmidt, Krause, Gouguenheim.

3° *Le traitement médical* pour lequel l'auteur recommande l'iodoforme et le menthol dans les formes diffuses. Il préfère le phénol sulforiciné à l'acide lactique surtout dans certaines formes mixtes et circonscrites.

En terminant, le prof. Massei déclare qu'il croit aujourd'hui à la curabilité de la tuberculose du larynx. H. DU P.

De la dysphagie dans la tuberculose laryngée. — Son traitement, par Molinié (*Marseille médical*, nov. 1895).

Evolution. — Début coïncidant avec un état général satisfaisant, rare.

Le plus souvent, la dysphagie accompagne des lésions pulmonaires déjà avancées.

Elle devient de plus en plus intolérable, amène l'inanition et contribue à la déchéance très rapide du malade.

Séméiologie. — Elle se caractérise par sa localisation au niveau du cartilage thyroïde, sa longue durée, sa résistance habituelle

aux agents thérapeutiques, enfin son augmentation manifeste par tout mouvement de déglutition.

Elle se différencie par là du même symptôme appartenant aux inflammations aiguës du vestibule laryngé, aux paresthésies laryngées des hypocondriaques ; enfin au cancer du larynx.

Conséquences. — Elle s'oppose à l'alimentation, le grand moyen de défense du tuberculeux.

Lésions. — Elles siègent à l'orifice supérieur du larynx ; infiltration et rougeur d'un ou des deux aryténoïdes ; puis des replis ary-épiglottiques ; l'épiglotte s'infiltre d'ordinaire plus tardivement.

Après l'infiltration apparaissent les ulcérations qui deviennent de plus en plus confluentes et profondes (larynx informe).

Anatomie pathologique. — Infiltration fongueuse, lardacée ; jamais d'œdème séreux.

Lésions des terminaisons nerveuses : névrite dégénérative pour les uns, proliférative pour les autres : pseudo-névrôme tuberculeux de Michel-Dansac.

1) *Traitement médical.* — Inhalations, et mieux pulvérisations : balsamiques et narcotiques. Insufflations, parfois mal tolérées, et à la portée du spécialiste seul.

Badigeonnages préférables : Phénol sulfo-riciné, et surtout acide lactique, en solution forte, et après anesthésie locale ; anesthésiques (menthol, morphine) à la dernière période.

Palliatifs, fort utiles d'ailleurs, plutôt que moyens curatifs.

2) *Chirurgical.* — Injections interstitielles (seringue de Heryng), résultats médiocres ; galvano-cautère (pointe fine) et électrolyse : méthode sclérogène.

Curettage du larynx, et surtout ablation des aryténoïdes (Gouguenheim, Heryng, Capart...), suivis de pansements à l'acide lactique, à la pyoctanine, indiqués nettement si l'état général légitime l'intervention.

Conclusions de l'auteur :

L'intervention chirurgicale risque d'être incomplète, ou sinon peut créer un grave délabrement ; les récidives sont, d'ailleurs, presque la règle ; aussi les préférences de l'auteur sont-elles pour les topiques locaux et la galvano-caustie, amenant d'ordinaire une amélioration très satisfaisante.

En cas d'échec, l'aryténoïdectomie peut donner des résultats remarquables et légitime une intervention même dans des cas désespérés. RIPAULT.

Des relations entre la pachydermie laryngée et les leucokératoses (leucoplasies), par Hugo ZWILLINGER (*Wien. klin. Woch.* N° 8, 1896).

La pachydermie laryngée et la leucoplasie buccale sont de nature identique ; l'auteur fait le tableau anatomique de la pachydermie laryngée, le compare à celui que Besnier a fait de la leucoplasie linguale, buccale et vaginale et arrive à la conclusion qu'il faut reconnaître simplement à la leucoplasie un quatrième siège qui est la muqueuse laryngée ; l'étiologie, la clinique et l'anatomie pathologique sont absolument comparables. On objecte à cette manière de voir que ces différentes localisations ne coïncident pas avec celle du larynx : ce fait ne peut être un argument suffisant, d'autant moins que la laryngite pachydermique commençante peut fort bien passer inaperçue, surtout pour un dermatologiste, et qu'elle n'a pas été recherchée.

Une autre objection que l'on peut faire est celle que la leucoplasie buccale peut dégénérer en carcinome ; mais Klebs a vu aussi deux fois le carcinome du larynx se développer sur une base pachydermique. M. N. W.

Un cas de papillome du larynx, par GERONZI (de Rome) (*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*, vol. III, fasc. 4, 1895).

Cette observation a trait à un forgeron qui, depuis six mois, avait éprouvé divers troubles de la voix et de la respiration. Il avait été soigné pour une tuberculose pulmonaire, diagnostic erroné, que la toux, les crachats parfois sanguinolents, l'amaigrissement progressif qui constituaient les symptômes principaux de son affection, justifiaient, jusqu'à un certain point, à un examen superficiel. L'examen laryngoscopique fit reconnaître la présence d'une tumeur grosse comme un pois, blanchâtre, muriforme et implantée par un court pédicule sur la corde vocale droite. Après ablation avec la pince de Ferreri, le microscope montra que cette tumeur était un papillome.

H. DU F.

La grossesse a-t-elle de l'influence sur l'évolution des tumeurs laryngées ? par Gherardo FERRERI (Rome) (*Archivio italiano di ot. rin. e laringologia*, 1895, fasc. 4).

Après avoir rappelé les faits connus sur les relations physio-

logiques et pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil respiratoire, l'auteur fait remarquer que, jusqu'à ce jour, on n'a pas étudié l'influence que peut avoir la grossesse sur le développement des tumeurs laryngées. Il donne la relation très détaillée d'un cas qu'il a pu observer sur ce sujet.

Il s'agissait d'une femme de 34 ans bien portante, ayant eu six enfants. Pendant l'avant dernière grossesse, il survint un léger trouble de la voix qui disparut sans traitement. Trois ans plus tard, au huitième mois de la dernière grossesse, la voix s'abaissa progressivement et la respiration devint difficile, sans douleurs, ni toux, ni autres symptômes. Malgré le repos et un traitement approprié, il se manifesta des accès de suffocation d'une telle intensité que l'on dut pratiquer le tubage. Le tube resta en place quarante-huit heures et fut expulsé dans un accès de toux. Les accès cessèrent, mais la voix resta rauque et voilée. L'accouchement se fit normalement à terme. Trois mois après, les mêmes troubles respiratoires se manifestèrent de nouveau.

Le prof. G. Ferreri reconnut alors la présence d'une tumeur siégeant au-dessous des cordes et ayant les caractères d'un fibrôme. On dut pratiquer d'urgence, pendant un accès de suffocation, la trachéotomie. Quelque temps après, la tumeur fut enlevée par les voies naturelles. La malade a guéri complètement. L'examen histologique montra que la tumeur était un fibro-myxome. L'auteur exprime, en terminant, le désir de voir cette question mieux étudiée et complétée par de nouvelles observations. H. DU F.

L'état actuel de la chirurgie des tumeurs malignes du larynx, par Bryson Delavan (*Med. record*, 1895, vol. II, p. 672).

Delavan, dans un important rapport présenté à l'Académie de médecine de New-York, étudie l'état actuel des trois grandes opérations pour tumeurs malignes du larynx, thyrotomie, laryngotomie, laryngectomie complète en cas de tumeur étendue avec engorgement ganglionnaire.

1° *Thyrotomie.* — La tumeur doit être absolument confinée à l'intérieur du larynx. Le mieux est de toujours pratiquer la trachéotomie préalable et cela au moins une semaine à l'avance. Butlin, Semon ont rapporté des cas d'épithélioma opérés par cette méthode et sans récidives après cinq ans et demi, trois ans, deux ans. Les statistiques récentes donnent un chiffre de guérison variant de 28 à 40 %.

[illegible]

2° *Laryngotomie* — [illegible]
[illegible]

3° *Laryngectomie* — [illegible]

4° *Laryngectomie* [illegible] — [illegible] par [illegible]

5° [illegible] expérimenté. [illegible] corps étrangers [illegible] septique, [illegible] employés. Il en rapporte quatre cas. [illegible] particulièrement à [illegible] la teinture composée de benjoin donne de bons résultats. A. F. PLIQUE.

Un cas de paralysie bilatérale des cordes vocales d'origine syphilitique, par J. L. Brown (*Lancet*, 22 février 1896).

Courte revue de la question avec un peu de bibliographie et observation d'un cas où une crise aiguë finale nécessitant la trachéotomie fut précédée de trois autres pendant les huit mois précédents, et dont le malade guérit sans intervention chirurgicale. Il n'eut pas d'accès pendant les intervalles. Les signes de syphilis secondaire étaient postérieurs à son entrée à l'hôpital. Il est probable que certains cas considérés comme des spasmes glottiques sont en réalité des paralysies des abducteurs.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Cas d'aphonie fonctionnelle, etc., et veines variqueuses de la base de la langue, par Herbert Tilley (*Lancet*, 15 février 1896).

Cas de parésie fonctionnelle des adducteurs dans lequel le malade avait été traité sans succès pour les veines, guérison par l'électricité et le traitement tonique. L'auteur met en doute l'existence de veines variqueuses de la base de la langue et leurs rapports avec les accidents de la gorge. SAINT-CLAIR THOMSON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Larynx et Trachée

Ed. Henry. La syphilis tertiaire de la gorge (*Thèse* de Paris, juillet 1894),

Bouniot. Le spasme de la glotte dans la coqueluche (*Thèse* de Paris, juillet 1894).

Baraban et **Saint-Remy.** Sarcosporidies dans le larynx de l'homme (*Journ. de Bibliogr. anatom. de l'Est*, 1894).

H. Gillet. L'intubation laryngée dans le croup en France (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 21 juillet 1894).

Marévéry. Un cas de laryngite phlegmoneuse. Guérison à la suite de la trachéotomie (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 juillet 1894).

Masse. La région sous-glottique du larynx (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 10 juin 1894).

Emery-Desbrousses. Du filtrage de l'air chez les trachéotomisés (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 11 août 1894).

P. Ferroud. L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte ; ses indications, sa valeur thérapeutique, simplification des instruments d'O'Dwyer (*Thèse* de Lyon, juin 1894).

M. Boulay et **H. Mendel.** Paralysie des abducteurs au cours de la syphilis tertiaire (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, juillet-août 1894).

R. Beausoleil. Sur un cas de laryngocèle (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 août 1894).

H. Lavrand. Déformations de la face et obstruction des voies respiratoires supérieures. Causes-Mécanisme (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 août 1894).

G. Dieulafoy. Cancer du larynx (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 22 août 1894).

A. Castex. Hygiène de la voix (*Ann. d'hygiène publique et de méd. légale*, août 8894).

Guelliot. Statistique de trachéotomies (*Soc· méd. de Reims in Union méd. du Nord-Est*, août 1894).

Parrain. Sur les gommes syphilitiques de la trachée (*Thèse* de Bordeaux, juillet 1894).

Delattre. Étude sur les polypes du larynx (*Thèse* de Lille, 1894).

J. Denicker et **P. Boulart.** Les sacs laryngiens chez l'orang-outang (*La Voix parlée et chantée*, septembre 1894).

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

A [illegible] larynx [illegible]

[illegible] de la trachéotomie [illegible] 1er novembre [illegible]

[illegible] de méd. interne [illegible]

A [illegible] et [illegible]. [illegible] pour diphtérie [illegible] de méd. interne [illegible]

Vergniaud. [illegible] laryngée. Carie et perforation [illegible] extra-laryngien. Emphysème [illegible] (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 novembre 1894).

V. Helme. La question du tubage (*Med. moderne*, 17 novembre 1894).

H. Huchard. Comment traiter la laryngite striduleuse grave des enfants ? (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1er décembre 1894).

I. Lacoarret. Quelques considérations sur la laryngite chronique sèche (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er décembre 1894).

Vergniaud. Périchondrite aryténoïdienne suite de fièvre typhoïde. Ankylose crico-aryténoïdienne. Sténose du larynx (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er décembre 1894).

M. Boulay, et H. Mendel. Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde (*Arch. gén. de méd.* décembre 1894).

Brindel. Ossification des cartilages du larynx (*Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux* ; *Journ. de méd. de Bordeaux* 28 octobre 1894).

Castelain. De la méthode ignée dans la trachéotomie (*Bull. méd. du Nord* 14 et 28 septembre et 26 octobre 1894).

A. Castex. Sur le frémissement vocal à l'état normal (*Comptes-rendus hebd. des séances de la soc. de biol.*, 7 décembre 1894).

I. Lichtwitz. Traitement de la toux nerveuse (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 18 novembre 1894).

Dunor. Observation de croup traité par la sérumthérapie (*Journ. de méd.*, de Paris, 9 décembre 1894).

Courtade. Du tubage dans le croup, résultats comparatifs du tubage et de la trachéotomie (*Journ. méd.* de Paris, 9 décembre 1894).

Lesoigneur. Étude sur la laryngotomie (Tailles laryngées) (*Thèse de Paris*, décembre 1894).

Frenkel. Cancer du larynx. Engorgement ganglionnaire gauche (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*. fasc , 23 et 24 octobre, novembre 1894).

Leclerc. Un cas d'ictus laryngé primitif (*Soc. des so. méd. de Lyon ;* in *Lyon méd* , 16 décembre 1894).

Bécigneut. Guérison d'un cas de diphtérie laryngée et pharyngée par le sérum de Roux (*Soc. méd. chir. des hôp. de Nantes*, 16 novembre ; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 décembre 1894).

Maunoury. Laryngotomie médiane, temps préalable de l'ablation dans le cancer du larynx (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 26 décembre 1894).

L. Gerbaux. De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie (*Thèse* de Lyon, décembre 1894).

A. Poncet. De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie générale (*Lyon méd.*, 13 janvier 1895).

L. Lacoarret. Contracture de la corde vocale gauche et anévrisme de l'aorte (*Ann. de la Policlin. de Toulouse*, décembre 1894).

Pilliet. Epithélioma des cordes vocales chez un ours (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, *fasc* 25, novembre, décembre 1894).

G. Variot. Quelques réflexions sur le tubage du larynx dans la diphtérie (*Journ. de clin. et thérap infant.*, 24 janvier 1895).

Eymonnet. De la trachéotomie chez l'adulte; procédé opératoire, indications (*Thèse* de Paris, février 1895).

Péan. Ablation totale du larynx, de la portion supérieure de l'œsophage et de la moitié inférieure du pharynx, restauration par un appareil prothétique (*Gaz. des hôp.*, 31 janvier 1895).

H. Mendel. Laryngite tuberculeuse (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 15 et 22 février 1895).

Virey. Laryngite striduleuse avec aphonie persistante (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 21 février 1895).

H. Mendel. Note sur un cas de paralysie laryngée tabétique (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.*, janvier, février 1895).

A. Chaillou. La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphtéritiques (*Thèse* de Paris, mars 1895).

H. Mendel. Laryngite tertiaire précoce (*Soc. franç. de derm. et syphil.*. Paris, 14 mars 1895).

A. Brindel. De l'herpès du larynx (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 mars 1895).

A. Onodi. Paralysie de la corde vocale consécutive à un anévrysme cervical (*Rev. de lar. otol. et rhin* , 1er avril 1895).

E. de Pradel. Pseudo-coqueluche produite par un corps étranger du larynx chez un enfant de 5 ans. Expulsion du corps étranger. Guérison (*France méd.*, 5 avril 1895).

R. Meslay. Croup. Intubation prolongée du larynx. Trachéotomie avec ulcération consécutive de la trachée (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc., 1. Janvier-février 1895).

A. Castex. Étude physiologique des divers mécanismes de la voix chantée. (*La Voix parlée et chantée*, mars 1895).

Cochinal. Note sur la sulfuration des canules et des tubes après la trachéotomie et le tubage (*Journ. de clin. et thérap infant.*, 11 avril 1895).

Lagahuzère. Contribution à l'étude de l'herpès du larynx (*Thèse* de Bordeaux, 1895).

Bonain. Du traitement de la sténose laryngée dans le croup et spécialement de l'intubation (*Bull. méd*, 17 avril 1895).

A. Ruault. Le phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée (*Broch.* de 91 pages. G. Masson, éditeur, Paris 1895).

Cuffer. De la dyspnée (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 26 avril 1895).

A. Sevestre. Le tubage du larynx dans le croup, présentation d'instruments (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 26 avril 1895).

Bonain. Laryngite striduleuse et diphthérie (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1er mai 1895).

H. Claude. Tuberculose laryngée sous-glottique. Adénopathie cervicale. Sténose glottique. Intubation (*Bull. de la soc. anatom. de Paris, fasc.* 4, mars 1895).

Ferras. Hémorrhagie laryngée simulant une hémorrhagie chez une jeune fille de 20 ans (*Soc. franç. de lar. et otol.* Paris, 1er mai 1895).

P. Raugé. Troubles neuro-moteurs du larynx (*Soc. franç. de lar. et otol.* Paris, 2 mai 1895).

A. Cartaz. Troubles laryngés dans la syringomyélie (*Soc. franç. de lar. et otol.* Paris, 2 mai 1895).

Molinié. De la laryngite sèche (*Soc. franç. de lar. et otol.* Paris 3 mai 1895).

Wagnier. I. Cas d'ozène trachéal. II. Deux cas de polypes bilobés sous-glottiques (*Soc. franç. de lar. et otol.* Paris, 1er et 3 mai 1895).

G. Poyet. Sur les nodules des chanteurs (*Soc. franç. de lar. et otol.* Paris, 4 mai 1895).

E. J. Moure. Périchondrite laryngo-trachéale avec abcès au cours de la grippe (*Soc. franç. de lar. et otol.* Paris, 4 mai 1895).

G. Didsbury. De la paralysie récurrentielle considérée au point de vue étiologique et pathogénique (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, mars-avril 1895).

G. D. Tsakiris. Sur un nouveau procédé pour l'intubation du larynx (*Gaz. des hôp.*, 14 mai 1895).

E. Collin. Traitement d'un croup d'emblée par la poudre de tannin (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 16 mai 1895).

G. Variot. Nouvelle statistique sur la réduction des interventions dans le croup par l'emploi des chambres de vapeurs (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 23 mai 1895).

R. Bayeux. Fréquence et gravité de l'obstruction des tubes laryngés dans le croup (Méthode nouvelle d'intubation qui met à l'abri de ce danger) *Méd. moderne*, 25 et 29 mai 1895).

G. Variot. Quatre cas de déglutition accidentelle des tubes métalliques après l'opération du tubage (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 30 mai 1895).

Audubert De la laryngite tertiaire et de son traitement par les eaux sulfureuses de Bagnères de Luchon (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 et 21 avril 1895).

NOUVELLES

Nous apprenons la mort du Dr Jouslain, décédé à Paris le 20 août dernier, après une courte maladie. Il était âgé de cinquante-neuf ans. Jouslain avait pratiqué longtemps la médecine générale dans les Charentes, à Saint-Jean d'Angély et s'était spécialisé sur le tard. Ses principales recherches ont trait aux applications de l'électricité à la rhinologie. Modeste et affable, Jouslain ne comptait que des amis parmi ses confrères, chez qui sa mort laisse d'unanimes regrets.

Il était le beau-père du ministre des Travaux publics, M. Turrel.

Les Drs Braden Kyle et W. J. Jones ont été nommés professeurs de clinique laryngologique au Jefferson medical college, de New-York.

Un spécialiste américain bien connu, le Dr Samuel Sexton, vient de mourir à New-York le 11 juillet à la suite d'une longue maladie. Né dans l'Ohio en 1833 il passa ses examens de doctorat à Louisville en 1856. Après avoir servi en qualité de chirurgien militaire, Sexton s'installa en 1862 à New-York et s'adonna à la pratique otologique. Un des principaux travaux de Sexton traite de la cure radicale de la surdité chronique par l'extraction des osselets.

Nous lisons dans le *British medical journal* qu'une dame, bien connue pour sa philanthropie et sa générosité, Mme Bazanova, de Moscou, a donné récemment 515.000 roubles à l'Université de Moscou pour fonder une clinique de 25 lits pour les maladies de l'oreille, de la gorge et du nez.

Le diner annuel de l'Association britannique de laryngologie, rhinologie et otologie a eu lieu à Londres le 17 juillet, sous la présidence du Dr G. Stoker. Les Drs F. H. Bosworth et Porcher, des Etats-Unis, y assistaient.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Secrétariat général, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Réunion du 10 juillet 1896.

Le 10 juillet a eu lieu le trente-troisième diner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. Dix-neuf personnes y assistaient.

M. le Dr de Lavarenne (de Paris), représentant *La Presse médicale* (de Paris) ; M. le Dr Lévy (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Polytechnique illustrée* (de Paris) ; M. le Dr Déléage, représentant la *Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie* (de Paris), ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. les Drs CABANÈS (*Chronique médicale*) et ARCHAMBAUD (*Revue médicale*), MM. Bilhaut et Butte.

La Commission du Cinquantenaire de l'Anesthésie, qui s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire, a décidé de réunir les délégués des Sociétés et Associations médicales, ayant approuvé l'idée de cette fête.

Au cours de sa dernière réunion tenue à Pittsburgh au mois de mai dernier, l'*Association laryngologique américaine* a décidé que la prochaine réunion aurait lieu à Washington en mai 1897.

Au cours de la session, ont été nommés *membres actifs* : G. V. Woolen (Indianapolis) ; W. F. Chappell (New-York) ; T. M. Hardie (Chicago) ; M. R. Ward (Pittsburgh) ; E. Mayer (New-York).

Membres correspondants : O. Chiari (Vienne) ; Greville Macdonald (Londres) ; E. Schmiegelow et Holger Mygind (Copenhague).

Le bureau a été élu ainsi qu'il suit : *Président* : C. H. Knight (New-York) ; *Vice-Présidents* : T. R. Murray (Washington) et D. N. Rankin (Allegheny) ; *Secrétaire-trésorier* . H. L. Swain (New-Haven) ; *Bibliothécaire* : J. H. Bryan (Washington) ; *Membre du Conseil* : W. H. Daly (Pittsburgh).

Parmi les communications annoncées au *Congrès français de médecine* tenu à Nancy en août dernier, nous citerons :

Sur un cas de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, par Picot et Hobbs (Bordeaux). — Des thyroïdites aiguës, par L. Bar (Nice). — Un cas de myxœdème congénital traité par la médication thyroïdienne, par Simon (Nancy). — I. Sérothérapie de la diphthérie à Marseille. — II. Intubation du larynx dans le croup, par L. d'Astros (Marseille). — Contribution à l'étude et à la thérapeutique de l'hypertrophie du corps thyroïde, par Villard (Verdun).

EXCURSION MÉDICALE

Le Dr J. W. Gleitsmann, de New-York, nous communique le projet d'une excursion qu'il a exposé à la dernière réunion de l'*Association laryngologique américaine* en vue du prochain Congrès international de médecine qui se tiendra en août 1896 à Moscou.

Son plan comprend un voyage en Norwège et à Saint-Pétersbourg avant d'arriver à Moscou, partant de Hull, en Angleterre, vers la mi-juillet et arrivant à Moscou pour le 15 août. On ferait l'excursion classique sur la côte norwégienne en visitant les magnifiques fjords jusqu'au Cap Nord, d'où l'on redescendrait à Trondhjem et de là en chemin de fer à Christiana. Une courte excursion conduirait aux célèbres chutes de Trollhättan sur la route de Stockholm d'où des bateaux à vapeur partent pour Abo en Russie, puis le chemin de fer mène à Saint-Pétersbourg. Si l'on réunissait 60 à 70 excursionnistes des deux sexes on pourrait obtenir un navire particulier.

Le voyage s'effectuerait confortablement en un mois et le Dr Gleitsmann assure que la dépense n'excéderait pas 150 dollars (750 fr.).

Cette somme couvrirait les frais du voyage en bateau de Hull au Cap Nord et le retour à Trondhjem, ainsi qu'un billet de 1re classe de Trondhyem à Saint-Pétersbourg. mais il ne comprend pas les frais d'hôtel ou autres.

Les confrères qui désireraient des renseignements plus détaillés devront s'adresser au Dr Gleitsmann, 46 East 25 th Street à New-York.

LE CINQUANTENAIRE DE L'ANESTHÉSIE

Les délégués des corps savants de France, nommés pour représenter ces Sociétés à la conférence préparatoire organisée par l'Association de la Presse médicale dans le but de préparer la fête commémorative du Cinquantenaire de l'Anesthésie, se sont réunis le mercredi 16 juillet 1896 à l'École pratique de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le Pr Cornil, président de l'Association de la Presse médicale et délégué officiel de l'Académie de Médecine.

La commission définitive d'organisation a été nommée et se compose de :

M. le Pr Cornil, président (*Académie de Médecine*) ;
M. le Dr Lucas-Championnière (*Association de la Presse médicale*) ;
M. le Dr Picqué (*Association française de Chirurgie*) ;
M. le Dr Reclus (*Société de Chirurgie de Paris*) ;
M. le Pr Lannelongue (*Association générale des Médecins de France*) ;
M. A. Petit (*Association génerale des Pharmaciens de France*) ;
M. de Marion (*Syndicat des Dentistes français*) ;
M. Marcel Baudouin, secrétaire-général.

M M. Baudouin a exposé ensuite à la commission un programme de l'ensemble des fêtes, qui comprendraient : 1° une séance solennelle à la Sorbonne ; 2° un banquet ouvert à tout le corps médical français ; 3° une représentation de gala dans l'un des théâtres subventionnés.

Comme la commission pense qu'il y a un réel intérêt à faire coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre (date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain Congrès de Chirurgie, qui s'ouvrira, à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, elle attendra les propositions du bureau du Congrès de Chirurgie, si ce dernier n'accepte pas intégralement les propositions de l'Association de la Presse médicale.

[illegible] fonctions

[illegible] et prin-

[illegible] Lemaire.

[illegible] de l'Ardèche.

[illegible] considérations sur la pa- [illegible] pages.

[illegible] Livrai- [illegible] — I. Phy- [illegible] l'examen du [illegible] éditeur, Vienne.

[illegible] de l'oreille. [illegible] auteurs, Nouvelle-Orléans.

[illegible] Milan.

[illegible] — I. Physiogénie et [illegible] Encyclopédie scient. [illegible] Masson et Cie édi- [illegible]

[illegible] laryngologie fasc. II. [illegible]

[illegible] Denver med. Times, [illegible]

[illegible] Extrait des [illegible] août 1896).

Étude sur les divers modes de défense de la cavité nasale contre [illegible] éditeur, Paris, [illegible]

Contribution à l'étude de la dilatation de la trompe d'Eustache par les bougies [illegible] Jouve, éditeur, Paris, 1896.

Le Gérant : G. Masson.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXII. — N° 10. — Octobre 1896.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SEQUESTRES ÉNORMES DE LA FOSSE NASALE GAUCHE. SYPHILIS ANTÉRIEURE. IMPOSSIBILITÉ D'EXTRACTION DE CES SÉQUESTRES PAR LES VOIES NATURELLES ET APRÈS L'OPÉRATION DE ROUGE. OPÉRATION D'OLLIER, EXTRACTION IMMÉDIATE DE DEUX GROS SÉQUESTRES, GUÉRISON.

Par les Drs **E. ROCHARD**, chirurgien des Hôpitaux
et **A. GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière.

La nommée B. âgée de 33 ans, est entrée dans le service le 25 avril 1895, après s'être présentée à la consultation pour une affection nasale déterminant de l'obstruction de la fosse nasale gauche, une rhinorrhée presque continuelle, un mal de gorge constant et une fétidité insupportable de l'haleine.

Voici l'histoire de notre malade.

Orpheline très jeune, elle fut atteinte avant la puberté de diverses maladies, la rougeole à 4 ans, la fièvre typhoïde à 11 ans. Elle était réglée à 12 ans et c'est à l'âge de 15 ans qu'elle contracta la syphilis, qui fut soignée pendant huit mois. Elle présenta alors les manifestations ordinaires du début de la maladie, syphilides de la peau et des muqueuses, et huit ans avant son entrée à l'hôpital elle souffrit d'abcès dentaires multiples, elle fut alors soignée par le Prof. Fournier, qui diagnostiqua, nous dit-elle, une gingivite chronique.

Il y a cinq ans elle vint, dit-elle, à la consultation de l'hôpital Lariboisière, pour se faire traiter d'une fétidité prononcée de la bouche et du nez. Elle n'avait jamais eu d'épistaxis et elle ne présentait aucun trouble de la déglutition. A ce moment, pas de douleurs dentaires, qui se produisirent un peu plus tard et nécessitèrent l'extraction de quelques dents.

La malade mouchait beaucoup de pus. Elle ne fut soignée alors pour aucune affection chronique des os autre que celle des

fosses nasales et, du reste, elle ne porte actuellement aucune cicatrice caractéristique d'une affection tertiaire de la peau ou des muqueuses.

Au moment de son entrée à l'hôpital, son état général est très satisfaisant, elle ne se plaint que de l'obstruction nasale à gauche, de moucher beaucoup de pus très fétide et de maux de tête fréquents. Aucune déformation de la face et du nez, dont la charpente osseuse extérieure est normale.

A la rhinoscopie antérieure, au moyen du spéculum, on voit au bout de ce dernier, entre le cornet inférieur et la cloison, une tumeur noirâtre, très fortement enclavée entre les parties, très dure au toucher, et oblitérant entièrement la fosse nasale gauche. Le stylet révèle non seulement une dureté excessive et une immobilité presque complète de la tumeur.

Dans l'autre fosse nasale, rien d'anormal. Malgré les antécédents de la malade, en raison de l'absence de toute autre manifestation et surtout en raison de l'intégrité remarquable du cornet inférieur, dans la partie que l'on peut voir, et de la cloison à sa partie antérieure, nous pensâmes à la possibilité d'un rhinolithe ancien et nous essayâmes d'extraire la tumeur soit avec une pince, soit surtout avec des crochets que nous faisions pénétrer en arrière de la tumeur, mais aucune tentative ne réussit, au bout de quelques séances nous avions déterminé un peu de mobilité, mais chaque tentative était accompagnée d'une douleur atroce et d'un épanchement sanguin abondant.

En même temps que ce traitement local, nous prescrivîmes à la malade le traitement spécifique direct, c'est-à-dire deux cuillères à soupe de sirop de Gibert.

Après un certain nombre d'autres tentatives, la tumeur prit un peu plus de mobilité, mais nous ne réussîmes pas plus dans ce second effort ; le toucher du rhino-pharynx nous montra, du reste, que la tumeur était voisine de l'ouverture postérieure des fosses nasales, ce qui nous explique son volume inusité et la raison de l'échec de nos tentatives d'extraction. Nous ne pûmes non plus réussir à la briser au moyen d'instruments spéciaux, et je me décidai à tenter l'opération de Rouge pour augmenter le champ d'exploration et faciliter l'extraction de la tumeur. Cette opération fut pratiquée par mon interne, M. Ripault, actuellement médecin spécialiste à Dijon. Cette opération, faite facilement après anesthésie de la malade, nous permit de voir que la tumeur affectait quelques adhérences avec le plancher des fosses nasales et la partie postérieure de la cloison,

toutefois l'opérateur, malgré toute sa patience et son habileté, ne put arriver à détacher que des fragments peu considérables de la tumeur, il ne put arriver, même à l'aide de pinces très puissantes, qu'à extraire des fragments peu considérables de la tumeur. Aussi, dès que la malade fut guérie de cette opération, nous ne songeâmes plus qu'à trouver un autre moyen d'arriver à l'extraction d'une tumeur aussi volumineuses, et nous priâmes M. Rochard, chirurgien des hôpitaux, de pratiquer l'opération d'Ollier.

NOTE DU Dr ROCHARD

Le 9 juillet, la malade passe du service de M. Gouguenheim dans celui de M. Périer et le 17 juillet, l'opération de Rouge n'ayant pas donné une voie suffisante, je pratiquai en présence de M. Gouguenheim la résection temporaire du nez suivant le procédé indiqué par Ollier.

Incision en U passant dans les sillons naso-gemeux et sur les os propres ; section à la scie des os propres du nez et rabattement de l'auvent nasal sur la bouche autour des insertions des ailes du nez comme charnière.

Cette brèche permet l'exploration digitale qui reconnaît facilement la destruction de la cloison. L'index rencontre un premier séquestre qui est saisi à l'aide d'une pince forcipienne et enlevé facilement.

Un second toucher permet de reconnaître un second séquestre placé dans la même situation que le premier ; mais du côté opposé. Ce séquestre est libre et peut être facilement extirpé comme le premier. Ces deux portions osseuses nécrosées ont du reste à peu près le même volume et la même forme. Elles sont irrégulières, épaisses, et ne ressemblent à aucune des parties osseuses des fosses nasales.

Ces deux séquestres sont noirâtres et quoiqu'il ait été impossible de se rendre un compte exact par le toucher du point où ils avaient pris naissance, ils semblent provenir du plancher des fosses nasales et pourtant il n'existe aucune perforation de la voûte palatine.

Après un lavage soigné des fosses nasales et une compression maintenue quelque temps pour arrêter l'écoulement sanguin qui a suivi toutes ces manœuvres, l'auvent nasal est remis en place et maintenu dans sa situation normale à l'aide de sutures au crin de Florence.

Un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur la ligne d'incision et on prescrit des lavages boriqués dans la cavité des fosses nasales.

Les jours suivants il se produit une petite suppuration au niveau des points de suture supérieurs ; mais cette suppuration se tarit bien vite pour donner lieu à une cicatrice solide.

La consolidation osseuse se fait en même temps et le 20 août la malade, guérie de son intervention, est repassée dans le service de M. Gouguenheim d'où elle ne tarde pas à sortir.

Deux mois après l'opération pratiquée par M. le Dr Rochard, nous eûmes l'occasion d'examiner la malade et voici ce que l'examen rhinoscopique antérieur nous permet de voir.

Les fosses nasales sont entièrement désobstruées et il est aisé de voir que la cloison en arrière est le siège d'une perforation d'une certaine étendue.

La face externe des fosses nasales est peu modifiée dans son aspect extérieur. Le cornet inférieur est intact dans sa partie antérieure mais en arrière il y a un enfoncement où la muqueuse est épaissie, sans qu'on puisse percevoir une résistance osseuse dans la profondeur, nous en disons autant du cornet moyen. On aperçoit à la place de cet os un véritable bourrelet muqueux facile à diagnostiquer au moyen du stylet. Le nez du malade n'est pas déformé, la plaie faite par le chirurgien s'est fort bien cicatrisée.

D'où pouvaient donc venir les deux séquestres énormes extraits par le chirurgien, c'est ce que la cicatrisation parfaite des diverses parties des fosses nasales nous permettait difficilement de voir et ce résultat de notre exploration n'avait pas été notre moindre surprise.

Il n'en ressort pas moins de l'observation que nous venons de publier que la syphilis peut produire dans les fosses nasales des séquestres d'une taille démesurée, ce qui n'est pas la règle habituelle, et que les séquestres, dans ces conditions, ne peuvent être extraits par les voies naturelles que leur broiement est impossible, et qu'il peut être indispensable pour arriver à l'extraction de semblables masses de recourir à une opération, telle que celle d'Ollier, pour remplir cette indication.

II

ANGINE COUENNEUSE A STREPTOCOQUES

Par M. A. GOUGUENHEIM,
Médecin de l'hôpital Lariboisière (1).

Messieurs,

Votre attention avait déjà été attirée, il y a quelques années, par nos collègues Féréol, Hanot et Rendu, sur l'observation de quelques cas pathologiques, assez graves pour avoir entraîné la mort des malades, et dont l'origine semblait être une affection de la gorge. C'est justement un de ces faits sur lesquels je désire appeler toute votre attention.

Il s'agissait d'un malade, âgé de quarante-cinq ans environ, qui fut envoyé directement par le médecin traitant avec le diagnostic d'angine diphthéritique, pour être trachéotomisé en raison d'une dyspnée violente survenue brusquement. Quand je vis le malade, au moment de son entrée, cette dyspnée s'était calmée, et je pus aisément faire l'examen de la gorge. Le côté gauche du voile du palais et l'amygdale du même côté, étaient recouverts d'un exsudat très étendu, continu, d'un blanc grisâtre, et présentant l'aspect d'une véritable fausse membrane diphtéritique. Les autres parties de la gorge étaient très rouges. L'examen laryngoscopique, facile à faire, révéla l'existence d'une certaine quantité de liquide muco-purulent, mais la muqueuse laryngienne, légèrement tuméfiée et injectée, ne présentait à sa surface aucune fausse membrane. L'examen bactériologique du voile du palais, de l'amygdale et du

(1) Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, séance du 17 juillet 1896.

liquide laryngien, fut pratiqué de suite par notre interne en pharmacie, M. Dutertre, préparateur de bactériologie de mon pavillon d'isolement à Lariboisière, et à notre grande surprise, le bacille de la diphthérie ne figurait dans aucune des cultures prises sur ces diverses parties malades.

Dans cet examen, nous ne rencontrâmes que des chaînettes de streptocoques, absolument purs et sans mélange.

En raison de la disparition de la dyspnée, nous n'eûmes pas besoin d'intervenir, et nous pensâmes que le liquide muco-purulent, qui remplissait le larynx au moment de notre examen, venait probablement d'un abcès qui s'était ouvert à la surface de la muqueuse laryngée ; mais nous n'eûmes pas la preuve de cette hypothèse. Quoi qu'il en fût, les symptômes de dyspnée disparurent complètement, et la voix revint à son état normal.

Ce qui devra vous intéresser dans ce fait, dont je vous remets l'observation très détaillée, avec l'autopsie et l'examen histologique fait par mon ancien interne, M. le D[r] Gastou, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, c'est la série des accidents que nous observâmes à la suite de ce premier symptôme d'angine à streptocoques.

Le malade ne se rétablit pas, la fièvre se montra d'une manière constante, et je vous apporte à l'appui la feuille de température. Des accidents sérieux évoluèrent sous nos yeux, du côté de la plèvre et du poumon gauche, du côté des articulations de la clavicule gauche avec les os voisins, en même temps que les urines décelaient la présence d'une notable quantité d'albumine.

Au moment où le malade semblait entrer en convalescence, la fièvre et l'albumine disparaissant peu à peu, il fut brusquement emporté en quelques instants par des symptômes cardiaques, dont l'autopsie nous montra la raison, en nous permettant de trouver une péricardite purulente que l'on n'avait pas soupçonnée durant la vie du malade,

Indépendamment de cette péricardite, nous trouvâmes, à l'autopsie de la congestion pulmonaire, des vestiges très apparents de pleurésie purulente à gauche, du pus dans les articulations de la clavicule gauche ; voici les appréciations histolo-

giques de M. le Dr Gastou, dont je vais vous lire les conclusions :

Pleurésie fibrino-purulente, congestion broncho-pulmonaire avec broncho-pneumonie corticale. Myocardite dégénérative. Néphrite interstitielle avec poussée de néphrite diffuse aiguë et œdème lymphatique intense. Hépatite péri-sus-hépatique. Lymphite splénique.

Après vous avoir développé l'histoire succincte de ce cas curieux et dont nous avons trouvé très peu d'analogues dans la science, je vous demande de faire, à ce propos, quelques réflexions.

1° Le titre que j'ai donné à mon observation me semble très légitimé par l'examen bactériologique que nous avons fait.

2° Les symptômes fort obscurs à expliquer, qui ont été consécutifs à cette angine grave, sont en faveur de l'hypothèse pathogénique que j'ai adoptée.

3° Les signes graves qui ont paru du côté du larynx, et qui ont failli nécessiter la trachéotomie, ont été certainement la suite d'un abcès sous-muqueux intra-laryngien ; nous n'avons pu observer l'existence de cet abcès mais il était probable que le soulagement respiratoire que le malade avait éprouvé rapidement, à son entrée dans nos salles, était consécutif à l'ouverture de cet abcès. L'examen bactériologique fait, du reste, a bien démontré l'existence de streptocoques, dans le liquide qui baignait le larynx.

4° L'apparition du pseudo-rhumatisme, des articulations de la clavicule, est en rapport avec la même supposition pathogénique.

L'abcès pleural et l'abcès péri-cardiaque, lequel a mis fin à cet état pathogénique, justifient l'existence de cette pyohémie, dont M. Gastou a démontré la présence dans son examen histologique ; aussi je pense, Messieurs, que vous trouverez, comme moi, que cette observation suivie avec soin méritait de vous être communiquée.

Observation (recueillie par M. Dubost, externe du service). Manuel D... R..., n° 2, salle Lasègue. Envoyé à M. Gouguenheim par

un médecin de la ville, le 20 mai, pour être trachéotomisé comme porteur d'une angine à fausses membranes causant une gêne très prononcée de la respiration. L'inspection de la gorge démontre que les lésions dominent à gauche et qu'un épais exsudat enveloppe l'amygdale, et un examen du larynx pratiqué par M. Gouguenheim, lui fait voir le vestibule congestionné et recouvert de mucosités purulentes faisant presque croire à l'ouverture d'une périchondrite interne.

Le malade est mis en observation, la trachéotomie ne semblant pas absolument indiquée. Albumine en grande quantité. T. 39°6 ; 39°8.

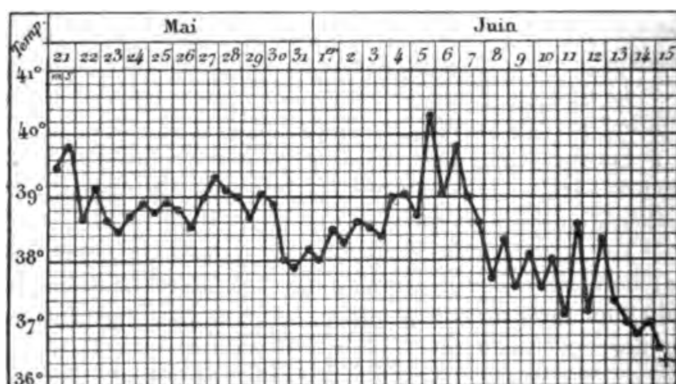


Fig. 1.

M. Dutertre, interne en pharmacie du service, trouve du streptocoque pur à l'examen bactériologique.

Traitement. — Pas de sérum. Salol, 4 grammes, Todd. Injections naso-pharyngiennes.

Le 22 mai, le malade souffre déjà beaucoup moins de la gorge et il ne ressent plus aucune gène respiratoire. T. 38°6 ; 39°1.

23, 24 et 25 mai. L'amélioration continue. L'isthme du gosier se déterge, il subsiste une rougeur diffuse, et l'amygdale un peu tuméfiée est déchiquetée. T. 38° et 39.

Le 26 mai, on peut considérer l'angine comme terminée, cependant la température se maintient à 39 degrés environ. T. 38°8 ; 38°5.

27 mai. Douleur subite très vive dans le côté gauche en bas et en arrière du thorax, légère recrudescence de la fièvre. L'aus-

cultation fait entendre à ce niveau des râles sous-crépitants qui paraissent bien localisés en un foyer superficiel. On y pratique une injection de liqueur de van Swieten, et l'on ordonne 75 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois fois dans la journée. T. 39° ; 39°3.

Les 28, 29 et 30 mai, les signes d'auscultation sont les mêmes, mais l'état général s'est notablement aggravé, malgré une faible diminution de la fièvre. Le malade se plaint surtout d'insomnie et de violents maux de tête nocturnes pour lesquels on lui fait prendre 30 centigrammes de phénacétine. Pouls bon, pas rapide, l'auscultation du cœur est rendue impossible par les râles de bronchite disséminés dans les deux poumons et l'état d'oppression considérable du malade. On n'a aucune inquiétude de ce côté.

Le 1er juin. Plus de râles sous-crépitants, mais seulement des frottements secs très nets. Il existe toujours un point de côté à gauche, et une matité en arrière à la base, large d'environ quatre doigts. Le malade se trouve un peu mieux ; ses maux de tête ont cessé et il a recouvré l'appétit et le sommeil. Comme l'albumine persiste, on lui refuse toute autre nourriture que le lait. T. 38° ; 38°6.

4 juin. Même état ; mais à part les râles de bronchite, on n'entend plus rien dans les poumons. T. 39° ; 39°.

Le 5 juin, ascension brusque de la température, coïncidant avec l'apparition d'une rougeur inflammatoire et un commencement d'œdème de la région de l'articulation sterno-claviculaire gauche, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs. T. 38°7 ; 40°3.

Douleurs excessives à la pression. Le malade est très déprimé.

6 et 7 juin. Toutes les articulations du membre supérieur gauche sont fort douloureuses, le coude principalement, mais il n'y a ni rougeur, ni gonflement. L'articulation sterno-claviculaire forme véritablement une tumeur rouge, chaude, œdémateuse, on s'attend à sentir la fluctuation le lendemain. T. le 6, 39° ; 39°9 ; le 7, 39° ; 38°6.

Mais le 8 juin, ces phénomènes ont tous disparu brusquement. Un œil non prévenu ne saurait rien trouver d'anormal à l'articulation qui a été si affectée. Il ne reste à ce niveau qu'un léger gonflement diffus de la peau qui a repris absolument sa coloration normale. T. 37°7 ; 38°4.

9 juin. Le malade se sent très bien, il a de l'appétit, remue très aisément son bras et ne ressent plus nulle gêne dans la poi-

trine. Plus d'albumine dans son urine. On lui permet un premier degré d'alimentation. T. 37°6 ; 38°1.

Malgré un amaigrissement prononcé et un teint terreux on songe à la convalescence ; la température se rapproche de la normale lorsque le 16 juin à 5 heures du matin, le malade meurt subitement dans son lit dans une crise d'étouffement qui n'a pas duré dix secondes.

AUTOPSIE. — Pus dans l'articulation sterno-claviculaire ; le péricarde en contient un litre. Le cœur est normal, et il n'y a rien aux valvules. La plèvre renferme à la base gauche du pus épais.

Les poumons sont uniformément congestionnés, surtout le gauche, qui rend à la coupe beaucoup de liquide sanguinolent et spumeux.

Les viscères abdominaux sont absolument indemnes de toute inflammation. Foie gros et tuméfié. Le rein est petit, contracté, il contient plusieurs calculs durs et irréguliers dans les calices. La rate est petite et dure. Rien dans le cerveau.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Par **P. GASTOU**

Poumons. — L'aspect du poumon varie suivant les parties examinées. En certains points l'ensemble de la coupe n'offre rien d'anormal à un faible grossissement. La structure générale est respectée, on ne voit ni caséification, ni granulations, ni infiltration en amas d'aucune sorte ; les bronches, les alvéoles sont nettement figurées.

Il n'en est pas de même en d'autres points où l'on distingue nettement trois couches :

1° Une couche rappelant l'aspect des parties déjà mentionnées, c'est-à-dire, une couche à structure alvéolaire : nous l'appellerons couche interne ;

2° Une deuxième couche lamelliforme lui fait suite : ce sera la couche moyenne ;

3° Une troisième couche enfin, mal dessinée, irrégulière surtout à sa surface libre, est la couche externe.

1° La couche interne est constituée par le poumon qui présente les altérations suivantes :

a) Bronches légèrement dilatées, les vaisseaux de leurs parois

sont gorgés de globules rouges, les espaces lymphatiques péri-vasculaires et péri-bronchique sont dilatés. La paroi des bronches, surtout des grosses, est entourée de cellules leucocytiques. L'endothélium bronchique est boursouflé, granuleux, tombé par places. La plupart des bronchioles ont leur lumière remplie de cellules désagrégées, de leucocytes uni et poli-nucléaires de globules rouges et de graisse. En somme : Bronchite capillaire congestive.

b) Les alvéoles qui entourent les bronches malades et qui sont directement en contact avec elles, forment, au nombre de 3, 4, 5 ou 6, suivant les bronches examinées et cela très irrégulièrement, des alvéoles opaques, ne laissant pas passer la lumière, donnant la sensation d'un bloc opaque ; il y a dans ces alvéoles de véritables blocs fibrineux, tels qu'on les rencontre dans la splénisation : splénisation alvéolaire péri-bronchique partielle.

c) Formant couronne autour des bronches et en dehors des alvéoles déjà décrites, existe une couche irrégulière d'alvéoles bien dessinées ayant :

1° Leurs parois très apparentes par suite d'une dilatation congestive capillaire très marquée : congestion pulmonaire ;

2° Leur contenu rempli par des leucocytes et quelques cellules de revêtement de la paroi alvéolaire. Les autres cellules endothéliales étant tuméfiées, mais non desquamées : pneumonie catarrhale exsudative, superficielle.

Ces deux dernières lésions sont peu marquées et surtout nettement sous-jacentes à la couche moyenne ou intermédiaire.

2° Couche moyenne : Cette couche moyenne est formée :

a) D'une partie fondamentale formant des bandes parallèles les unes aux autres et ne laisssant entre elles que des interstices et des fentes étroites dans lesquelles sont logés des vaisseaux et des éléments cellulaires. La constitution de ces bandes n'a pas l'allure du tissu conjonctif et n'en offre pas les caractères : c'est un tissu finement fibrillaire et granuleux, de formation récente ; c'est de la fibrine, en voie d'organisation pseudo-membraneuse.

b) De vaisseaux de nouvelle formation, dont quelques-uns ayant deux couches très apparentes. Ces vaisseaux sont en petit nombre : formation néo-vasculaire légère.

c) De leucocytes qui infiltrent toute cette couche et se répandent d'une part vers la couche interne qu'ils pénètrent par petits amas isolés et, d'autre part, vers la couche externe qu'ils vont former entièrement : infiltration leucocytaire.

3° Couche externe : Cette couche est uniquement et entièrement constituée par des leucocytes poli-nucléaires ; elle égale en épaisseur la couche moyenne. Sa surface libre est irrégulière, effritée, comme la surface libre d'une membrane pyogène ou de la paroi d'un abcès, soit, en réalité, une couche pyogène.

Pour résumer les lésions du poumon, nous dirons : pleurésie fibrino-purulente, congestion pulmonaire et broncho-pneumonies corticales.

Cœur. — La partie du cœur examinée a été l'oreillette : la coupe montre successivement : le péricarde, le myocarde et l'endocarde.

Péricarde. — Il est formé de deux couches nettes :

1° Couche profonde : réseau de fibrine, mais de formation récente, peu vascularisée, avec interstices comblés ou non par des cellules ;

2° Surface libre formée entièrement par des cellules, par des leucocytes poli-nucléaires étalés en nappe, d'une épaisseur deux fois égales à celle de la partie fibrineuse, couche pyogène, suppuration péricardique.

Myocarde. — Le myocarde n'offre pas d'altérations vasculaires nettes ; il n'y a pas d'infiltration cellulaire interstitielle. Les parties les plus altérées sont les fibres musculaires. Elles prennent mal la coloration ; il n'y a pas de granulations, mais leur situation est peu nette ; par places, elles ont un aspect opaque, c'est l'aspect d'une myocardite dégénérative ou d'une dégénérescence aiguë du myocarde.

Endocarde. — Il est difficile de dire si les altérations de l'endocarde constituent une lésion faite pendant la vie ou une altération cadavérique. Ces altérations consistent en une irrégularité de la surface de l'endocarde qui, par places, présente comme des soulèvements et des exfoliations lamelliformes.

Résumé. — Péricardite suppurée, dégénérescence aiguë du myocarde.

Reins. — Les coupes du rein présentent deux ordres de lésions : les unes, de type ancien : lésions à évolution chronique ; les autres, d'évolution aiguë, récente ; lésion à évolution aiguë.

Lésions chroniques, anciennes, portant sur le tissu conjonctif et les glomérules. Tissu conjonctif : épaissi, formant des bandes intertubulaires, nettement organisées avec vaisseaux à parois épaissies et entre ces bandes sont disséminées irrégulièrement des leucocytes. Glomérules : Un grand nombre de glomérules est atrophié. Les autres sont entourés d'une enveloppe dense,

conjonctive. Mais toutes les parties de la coupe ne sont pas altérées au même degré. A côté de formations kystiques corticales, on voit des parties relativement saines. L'ensemble de ces lésions sont du type de la néphrite interstitielle, de la glomérulo-néphrite conjonctive chronique.

Lésions aiguës. On peut les résumer ainsi : boursouflement, tuméfaction, chute de l'endothélium des tubes. Infiltration leucocytaire péri-canaliculaire et intra-canaliculaire : néphrite parenchymateuse aiguë diffuse.

La lésion la plus intéressante est la suivante : autour des tubes et de quelques glomérules existent des espaces clairs, ne contenant ni détritus granuleux, ni éléments cellulaires donnant la sensation de cavités et qui semblent correspondre à des espaces lymphatiques, œdème lymphatique.

Résumé : Néphrite chronique avec poussée de néphrite diffuse aiguë, avec œdème lymphatique intense.

Foie. — Les altérations du foie sont peu marquées. L'aspect général de l'organe est conservé.

Les espaces portes ne présentent pas d'altérations manifestes. Le lobule étudié en détail, montre de la disjonction trabéculaire, quelques cellules polinucléaires et en tuméfaction trouble, mais pas de dégénérescence graisseuse. La lésion la plus apparente est la formation de vacuoles intercellulaires dont la signification échappe.

La veine centrale résume l'intérêt de l'examen. C'est, en effet, autour d'elle que se groupent les altérations. A leur niveau il y a dans la plupart des lobules raréfaction du tissu lobulaire ; les cellules sont disjointes, quelques-unes disparues, ce qui fait que la partie lobulaire voisine de la veine sus-hépatique, paraît plus claire que la périphérie. Les cellules, directement en contact avec la veine, sont hypertrophiées, opaques, sans noyau. Le réticulum vasculaire est plus apparent et il existe quelques leucocytes.

L'ensemble des altérations répond à de l'hépatite péri-sus-hépatique.

Rate. — Dans la rate, ni périsplénite, ni abcès, ni infarctus. Seulement autour de quelques vaisseaux et en certains points, les follicules semblent très hypertrophiés et les cellules leucocytiques du type poli-nucléaire semblent augmenter en nombre. Il semble qu'il se soit fait, dans la rate, une hypergenèse de leucocytes sous l'influence d'une irritation inflammatoire. Il semble aussi qu'il y ait dilatation des organes lymphoïdes de la rate.

[illegible]

Si l'on veut résumer d'une façon générale les lésions qu'ont présenté les organes soumis à l'examen, on peut le faire ainsi en disant :

Pleurésie fibrino-purulente, congestion broncho-pulmonaire avec broncho-pneumonie corticale. Myocardite dégénérative. Néphrite interstitielle avec poussée de néphrite diffuse aiguë et œdème lymphatique intense. Hépatite péri-sus-hépatique. Lymphite splénique.

Si l'on voulait, d'après l'aspect seul des lésions, interpréter le mode pathogénique des altérations, on peut dire qu'il s'agit d'une véritable septico-pyohémie à point de départ pleural et à voie de propagation lymphatique.

Le point de départ pleural étant démontré :

1° Par l'existence de lésions fibrineuses, montrant que la lésion pleurale a précédé la lésion péricardique.

2° Par la broncho-pneumonie corticale.

3° Par l'hépatite péri-sus-hépatique fréquente dans les lésions pleuro-pulmonaire ayant retenti sur le cœur ; myocardite dégénérative.

La propagation lymphatique pouvant être prouvée par cette constatation anatomique que tous les organes présentent des altérations d'œdème lymphatique des plus nettes.

III

FÈVE DANS LA BRONCHE GAUCHE D'UN ENFANT. APPRÉCIATION DES SYMPTOMES CLINIQUES FOURNIS PAR LES CORPS ÉTRANGERS DES PREMIÈRES VOIES AÉRIENNES.

Par le Dr **PAUL KOCH**, de Luxembourg.

Les exemples de corps étrangers des voies aériennes sont relativement fréquents ; depuis longtemps, les symptômes ainsi que les règles thérapeutiques générales sont tracés à grands traits. Mais en examinant de près on s'aperçoit que chaque cas isolé présente des particularités propres à lui, particularités qui changent la symptomatologie ordinaire et modifient même le manuel opératoire à adopter. Ce n'est même que grâce à la description détaillée de nombreux cas que la symptomatologie et le traitement ont pu être élevés à ce degré de perfection dont nous bénéficions aujourd'hui. Comme le tout n'est pas fait, le devoir de décrire chaque nouveau cas existe toujours afin de rendre complet ce chapitre si important de la pathologie. Après avoir donné l'histoire succincte d'un nouveau cas il faut en révéler les particularités au risque de paraître un peu long :

Un garçon âgé de 9 ans tenait en bouche une grosse fève pendant qu'il jouait et riait avec ses camarades. Cette dernière, probablement à la suite d'une inspiration exagérée, disparut subitement : un fort accès de suffocation en était la conséquence immédiate. On courut au médecin qui demeurait à 5 kilomètres de distance en lui disant que l'enfant allait étouffer ; une heure

après l'accident le médecin trouva l'enfant bien portant, gai et jouant de nouveau avec ses amis ; la mère disait que « la fève était heureusement descendue ». Dans cet état des choses et surtout en face du résultat négatif fourni par l'examen de la poitrine on pouvait admettre que le corps étranger avait quitté l'entrée du larynx pour passer dans l'estomac. C'était le 24 mars à 9 heures 1/2 du matin. L'enfant continuait à aller bien, il fréquentait sa classe le jour suivant ; mais déjà le soir de cette seconde journée ainsi que les nuit et journée suivantes les parents constataient un état fiévreux avec soif ardente, inappétence et oppression à la poitrine. Dans la matinée du 27 mars le médecin traitant constatait tous ces désordres ; la moitié gauche du thorax n'exécutait que des excursions respiratoires très limitées, sur toute l'étendue du poumon la percussion donnait de la matité ; au sommet gauche on entendait à peine un bruit respiratoire obscur, tandis que le reste du poumon ne respirait pas du tout : le poumon gauche se trouvait donc à l'état d'atélectase plus ou moins complète ; la moitié droite du thorax était à l'état normal. Le diagnostic n'était plus soumis à aucun doute : immédiatement après l'accident le corps étranger se trouvait enclavé au larynx en provoquant le premier accès de suffocation ; bientôt après, à la suite d'une inspiration profonde, la fève descendit dans un endroit de la trachée où pour le moment elle ne mettait plus d'entrave à la respiration ; mais au lendemain déjà le corps se logea dans la bronche principale gauche pour provoquer les symptômes thoraciques décrits plus haut. Le médecin traitant conseilla tout de suite la trachéotomie, laquelle fut refusée. Le soir même il se déclara un second accès de suffocation ; pendant cet accès on entendait distinctement le corps battre contre la glotte sans pouvoir la franchir : c'était le « bruit de drapeau » ou « bruit de soupape » décrit par Nélaton et Dupuytren dans le temps ; la pulpe du doigt placée sur la trachée sentait très bien le frottement occasionné par les mouvements ascendants et descendants du corps étranger ; c'était le « bruit de grelottement » de Dupuytren et de Cooper. Ces deux symptômes pathognomoniques étaient si prononcés qu'ils frappaient même l'entourage. D'après le dire probablement exagéré des parents, l'enfant aurait eu une centaine de ces accès de suffocation jusqu'à ce qu'enfin le 30 mars ils se décidèrent à l'opération, laquelle était des plus simples. La trachée étant largement ouverte, on la tenait béante au moyen d'écarteurs quand, pendant un accès de toux, la fève fut lancée au dehors. Nullement décomposée elle

pesait 1gr,10 et mesurait 11-8 et 6 millimètres dans ses trois dimensions.



Fig. 1.

Naturellement, ces chiffres ont été trouvés après que la fève avait séjourné pendant six jours dans les voies respiratoires ; dans cet état de gonflement il était impossible qu'elle ait pu franchir une glotte d'enfant. Même en considérant les dimensions primitives relativement grandes de la fève, d'une part, et le calibre si restreint d'un larynx enfantin avant la mue de la voie d'autre part, on s'explique difficilement la possibilité de l'accident ; il faut admettre la coïncidence d'un hasard aussi malheureux que rare : il fallait qu'au moment d'une inspiration profonde, quand la glotte avait atteint son maximum de largeur, le plus grand diamètre de la fève ait coïncidé avec l'axe vertical du larynx, tandis que son épaisseur devait coïncider avec le diamètre laryngien latéral. La « conditio sine qua non » de cette position fortuite et surtout l'augmentation de volume de la fève rendaient donc impossible son élimination par les voies naturelles ; Velpeau, dans un cas analogue, avait évalué ce gonflement au triple du volume primitif.

Un second point intéressant de cette observation consiste en ce que la fève est tombée dans la bronche gauche tandis que dans la grande majorité des cas les corps étrangers entrent dans la bronche droite. Key et Brown (*Edimb. médical and surg. journal*, 1831, vol. XXXV) ont été les premiers à signaler ce fait qui est d'une grande importance pratique. Par des mensurations et par leurs expériences sur les cadavres, ils ont réussi à expliquer cette préférence de la bronche droite : le poumon droit est plus développé que le poumon gauche, sa force inspiratoire est donc plus forte ; le calibre de la bronche droite est supérieur à celui de la bronche gauche ; l'axe de la bronche gauche est plus perpendiculaire à la direction de la trachée que celle de la bronche droite, laquelle croise l'axe de

[illegible]

[illegible] dans la statistique la [illegible] sont fixés au larynx. [illegible] dans la bronche droite [illegible] 1861 et [illegible] que les corps [illegible] toujours des [illegible] dans la bronche droite.

L'autre côté instructif de cette observation consiste en ce que, immédiatement après l'opération, on n'a pas placé de canule ; les anneaux de la trachée se sont rapprochés en vertu de leur élasticité ; la peau et les tissus sous-jacents furent réunis par quelques points de suture sans qu'on n'ait mis de drain ; on mit un bandage roulé dont la compression fut réglée de sorte à ne pas comprimer la trachée tout en serrant suffisamment la peau avec les tissus sous-cutanés pour empêcher la production de l'emphysème cutané. Cette méthode de pansement était donc contraire aux recommandations de Dupuytren qui conseillait de laisser la plaie béante pendant quelques jours pour laisser aux tissus le temps de s'infiltrer, de s'accoler et d'empêcher ainsi l'emphysème cutané de se former. Moyennant ce pansement simple la guérison se fit par première intention. Après neuf jours de repos absolu du larynx et d'inhalations d'eau salée tiède la laryngo bronchite avait disparu.

En dernier lieu, notre observation prouve que malgré toutes les conditions favorables à leur décomposition, les corps étrangers organiques ne fermentent pas si facilement et n'amènent pas à si bref délai la gangrène pulmonaire qu'on n'a l'habitude de l'admettre généralement : la fève, malgré son séjour de six à

sept jours dans les premières voies, n'était nullement décomposée ; sans doute elle aurait gardé encore pendant quelque temps son état normal.

Si, en règle générale, la présence des corps étrangers des voies respiratoires est facile à constater, il se présente cependant des cas difficiles. Depuis l'invention du laryngoscope ces exemples sont moins nombreux ; ils deviennent plus rares encore au fur et à mesure que les nouveaux cas sont publiés avec leurs détails caractéristiques.

« L'anamnèse », si on peut se la procurer, est de la plus grande valeur pratique, surtout à défaut d'autres symptômes pathognomoniques, ce qui, quelquefois, est le cas ; le médecin ne s'aperçoit de son importance que quand, le cas échéant, elle lui manque. C'est ainsi que dans ce célèbre cas de gangrène pulmonaire chez un enfant, Oppolzer s'est basé uniquement sur une anamnèse même incomplète en diagnostiquant un corps étranger organique dans le poumon gauche ; la maladie datait des jour et heure où l'enfant, étant seul, avait joué avec des épis de blé ; quelques jours après cette remarquable consultation, l'enfant fut pris de forts accès de toux et expectorait des masses de détritus qui renfermaient un épi de blé ; la guérison se fit rapidement.

Les difficultés du diagnostic augmentent encore quand non seulement il n'existe pas d'anamnèse, mais quand les malades se trouvent dans l'impossibilité d'expliquer leurs sensations subjectives ou qu'ils les oublient : C'est ainsi que l'on s'explique les cas avérés où chez des enfants en bas âge on a confondu un corps étranger du larynx avec un croup d'emblée. Un garçon âgé de six ans, mangeait avec sa famille la soupe au riz avec de la viande de mouton broyée au couperet, plat malheureusement à la mode dans beaucoup de pays ; il devint subitement aphone avec du cornage aux deux temps de la respiration. Sans anamnèse exacte, on aurait tout de suite pensé à un croup d'emblée ; mais le médecin traitant et même l'entourage diagnostiquèrent de suite un corps étranger au larynx ; l'examen laryngoscopique ne permit que de constater l'immobilité des cartilages aryténoïdes et d'exclure toutes les maladies laryngiennes aiguës infectieuses. Comme il n'y avait pas de

péril en demeure, on permit à l'enfant d'aller se coucher sauf à le faire surveiller la nuit. Le lendemain, les symptômes de sténose laryngienne avaient augmenté au point d'exiger la trachéotomie. Deux confrères et moi nous pratiquâmes la trachéotomie profonde et de suite la respiration normale se rétablit. Maintenant on osait seulement pratiquer l'exploration digitale par la bouche, méthode que l'on ne peut pas assez recommander quand le laryngoscope refuse ses services. Non seulement un index un peu long remplace le miroir laryngien, mais il parvient à sonder des endroits que souvent le réflecteur ne parvient pas à éclairer. Dans ce cas-ci, le doigt sentit tout de suite un corps dur et pointu enclavé entre les cordes vocales, corps que l'on ne parvenait pas à faire bouger. J'allais pratiquer la laryngotomie proprement dite, quand, sur le conseil de mes confrères, j'ôtai la canule, j'introduisis une sonde par la plaie trachéale de bas en haut et reçus l'os entre les doigts introduits dans la bouche. L'enfant a été guéri au bout d'une semaine.

Dans les asiles d'aliénés, il arrive souvent que des corps étrangers font fausse route dans le larynx; souvent de gros morceaux d'aliments non mâchés ou des os gloutonnement engloutis s'arrêtent dans l'œsophage en comprimant le larynx d'arrière en avant; la colonne vertébrale ne cédant pas, cette compression se fait le plus facilement au niveau du chaton du cartilage cricoïde; elle imite si bien l'image clinique d'un obstacle intrinsèque du larynx que même les plus grands chirurgiens se sont laissé prendre: tel est le cas connu de Desault qui pratiqua la trachéotomie tandis que le corps étranger résidait dans l'œsophage. Il est même intéressant de savoir que dans un cas analogue le même chirurgien, voulant introduire la sonde dans l'œsophage, la fit entrer dans le larynx en démontrant ainsi, lui le premier et sans le vouloir, la possibilité du tubage laryngien, manuel opératoire dont on fait tant usage aujourd'hui. La littérature énumère de nombreux cas de ce genre, non seulement chez les aliénés et les enfants en bas âge, mais encore chez les ivrognes et les fiévreux qui n'ont pas conscience de leur état. J'ai soigné dans le temps, pendant les huit derniers jours de sa vie seulement, un phti-

sique dont la maladie datait du jour où, complètement ivre on l'avait ramassé dormant dans les champs ; la phtisie avait pris une marche rapide et les signes de destruction pulmonaire du côté gauche sautaient aux yeux. Quatre jours avant sa mort, pendant que la fièvre hectique continuait ses ravages, il expectora un grand morceau d'os de bœuf. Un malade de Navratil, atteint autrefois de syphilis, était pris d'une sténose laryngienne dont le début remontait à une fête bacchanale où le malade avait été si ivre qu'il ne s'en rappelait plus aucun détail ; le laryngoscope fit diagnostiquer une ankylose unilatérale d'abord, double ensuite, des articulations crico-aryténoïdiennes, avec rougeur et gonflement des tissus ; on diagnostiqua une périchondrite tertiaire, mais le traitement spécifique n'aboutit à rien. Les accès de suffocation nécessitaient l'opération de la laryngo-trachéotomie qui fit découvrir un petit os caché dans le ventricule droit du larynx ; le malade guérit au bout de quelques semaines (*Navratil, laryngologische Beiträge*). — Un paysan, soigné pour une phtisie pulmonaire aiguë dont il avait tous les symptômes, fut pris d'un fort accès de toux et expectora de grandes quantités de pus lesquelles renfermaient un épi de blé. Le malade avait complètement oublié que six mois plus tôt, pendant un fort coup de vent, il avait aspiré un épi de blé ; comme après un premier accès de toux et de suffocation le malade se sentait tout à fait à son aise, il ne s'inquiétait plus davantage de cet accident. Au bout de quelques semaines la guérison était complète (*Laugfeldt, der ärztlichæ Practiker*, 1893 et 94). Dans ce cas, il faut admettre que l'épi s'arrêtant dans une bronche ne bouchait pas complètement le calibre de cette dernière et laissait passer suffisamment d'air pour empêcher l'atélectase complète de la partie correspondante du poumon ; la compression exercée n'était pas assez intense pour provoquer la gangrène du poumon ; ce dernier réagit par un abcès avec tous les symptômes cliniques d'une phtisie florissante ; le corps étranger, se rammollissant peu à peu, s'adapta aux ramifications bronchiques et a pu être expectoré.

Ces exemples, dont on pourrait augmenter le nombre presque à l'infini, prouvent que l'anamnèse, à elle seule, aurait con-

dû au diagnostic exact malgré l'absence d'autre symptômes pathognomoniques et malgré le résultat négatif de l'examen laryngoscopique.

Si, dans le cas qui fait le sujet de notre observation, une personne compétente avait assisté au premier accès de suffocation, l'anamnèse aurait été plus claire, on aurait bien su que la fève était descendue dans l'arbre bronchique et la trachéotomie aurait été pratiquée d'urgence. C'est justement dans ces moments de repos et de bien-être subjectif qui suivent l'accès initial, que l'entourage et les malades eux-mêmes, se fiant à un calme trompeur, se plaisent à refuser l'opération. Ils ne comprennent pas qu'à chaque moment la mort subite peut survenir à la suite d'un déplacement brusque et inattendu de la part du corps étranger. Déjà, en 1810, ce grand danger a été signalé par Pelletan.

Les « symptômes thoraciques », quand ils existent, nous rendent le diagnostic facile ; mais quand ils manquent, nous ne sommes pas du tout autorisés à exclure la présence du corps étranger. Déjà Brodie et Houston, malgré qu'ils ne disposaient pas encore de nos moyens d'investigation d'aujourd'hui, s'appuyaient sur leur expérience pour insister sur ce dernier fait. Les erreurs commises par défaut d'anamnèse ou à la suite d'une anamnèse incomplète sont donc bien nombreuses, même plus nombreuses que les statistiques toujours incomplètes ne peuvent le prouver. Heureusement, l'expectation si aisée mais si coupable d'autrefois a cédé le pas à l'intervention chirurgicale rapide d'aujourd'hui ; par cela les effets funestes de ces faux diagnostics sont plus ou moins annulés. Peut-être ne nous doutons-nous pas combien est grand le nombre de phtisies pulmonaires provoquées par des corps étrangers dont nous ignorons la présence. Ces corps étrangers sont ordinairement de structure organique ; dans un état d'ivresse, par exemple, ils sont d'abord vomis et puis aspirés à l'insu des malades, pour provoquer tout à fait l'image clinique d'une phtisie pulmonaire, Il est à présumer que bon nombre de phtisies pulmonaires, dont on fait remonter l'origine à ces éternels refroidissements (expression si commode et si peu prouvée), que beaucoup de ces phtisies ne sont que des

pneumonies « ab ingestis » suivies de phtisies. Il est vrai que ces phtisies pulmonaires ne sont pas de la vraie tuberculose ; mais en face de ce qui l'attend le malade se souciera fort peu de cette distinction ; il lui est indifférent de succomber à une phtisie ordinaire ou à une phtisie tuberculeuse. Il est donc prouvé que l'anamnèse la plus complète possible est toujours de la plus grande valeur pratique, vu que les symptômes peuvent ou complètement manquer, ou être plus ou moins obscurs.

C'est ainsi que les signes de « sténoses laryngienne et bronchique » peuvent faire défaut ; ils peuvent disparaître après avoir existé antérieurement. Le corps étranger peut être immobilisé à un endroit où il ne provoque aucun symptôme si ce n'est plus tard l'image clinique d'une phtisie pulmonaire plus ou moins aiguë : Dans ces cas, nous sommes privés de toute une série de symptômes précieux connus.

Les « crachements de sang » sont un signe de peu de valeur ; s'ils existent ils plaident en faveur de la présence d'un corps étranger dur et pointu, leur absence n'autorise pas à exclure cette présence. J'ai observé deux cas d'os pointus et un cas d'épingle au larynx et à la trachée sans qu'il existât le moindre crachement de sang.

« L'emphysème cutané » susclaviculaire et au jugulum (Louis) est encore un symptôme d'une valeur précaire ; il provient de la déchirure de la muqueuse trachéale ou laryngienne. Il est rare, je ne l'ai jamais vu.

« La douleur spontanée ou à la déglutition » est un symptôme de peu de valeur aussi ; il existe quand il n'y a pas de corps étranger, il manque dans le cas contraire. Il faut toujours s'en méfier quand, à défaut d'anamnèse exacte, des femmes nerveuses l'accusent avec éclat. J'ai observé un seul cas où avec une anamnèse très positive la douleur à la déglutition était accusée formellement ; elle constituait le seul symptôme, tandis que tous les autres modes d'investigation me manquaient. Même l'image laryngoscopique, incomplète à cause d'une proéminence des vertèbres cervicales, fournit un résultat négatif. Comme l'anamnèse donnée par la malade intelligente était si formelle et que mes explorations réitérées restaient in-

fructueuses, je sondai le larynx avec l'index; à cette première exploration digitale l'extrémité du doigt fut sensiblement piquée par un corps dur et pointu qui ne pouvait être qu'une épingle ou une aiguille; la pointe flottait librement dans l'intérieur du larynx, tandis que le corps même se trouvait placé horizontalement dans la paroi laryngienne postérieure et dans l'œsophage. Le résultat de cette recherche topographique coïncidait parfaitement avec les plaintes de la malade qui prétendait avoir avalé une épingle en mangeant rapidement de la salade; elle disait éprouver la sensation de piqûre à chaque mouvement de déglutition. Cette position de l'épingle expliquait parfaitement le timbre éraillé de la voix. L'opération était compliquée en ce sens qu'il fallut pratiquer la trachéotomie préventive, introduire la canule à tampon de Trendelenburg et faire ensuite seulement la laryngotomie proprement dite. L'accès au larynx ne devenant pas assez large il fallut l'aggrandir en séparant les ligaments hyothyroïdiens et thyréo-épiglottique de leurs insertions aux bords supérieurs du cartilage thyroïde; l'insertion antérieure des cordes vocales n'est pas atteinte par cette petite opération. Dans ce but, l'incision cutanée fut prolongée jusqu'à l'os hyoïde; les bords de la plaie cutanée étant largement écartés, la section en question fut faite horizontalement et perpendiculairement à la ligne médiane. Cette incision parfaitement innocente, formant un T avec la plaie thyroïdienne est à recommander dans des cas pareils au nôtre. Quand, de cette façon, le calibre du larynx fut largement ouvert, on aperçut l'épingle un peu recourbée, perforant l'espace inter-aryténoïdien d'arrière en avant. Il fallut pratiquer un certain effort pour l'extraire en faisant passer sa tête par le même canal que sa pointe avait créé. La guérison se fit par première intention. L'histoire détaillée de cette malade nous prouve encore une fois l'importance d'une anamnèse exacte, surtout dans un cas où la douleur à la déglutition forme le seul symptôme pathognomonique.

En dévoilant avec préméditation le côté faible de toute la symptomatologie, nous n'avons pu avoir en vue que ces exemples très rares, lesquels néanmoins existent et qu'il faut

avoir devant les yeux, le cas échéant. Heureusement, dans la grande majorité des cas nous arrivons à un diagnostic si exact et à des indications thérapeutiques si précises que l'affection, si grave en apparence, devient d'une innocence relative. En évaluant les principes fondamentaux d'une thérapie raisonnée on n'a qu'à choisir entre l'intervention chirurgicale et l'expectation.

Nous ne faisons que mentionner les vomitifs qui ne sont plus de notre temps et qui nuisent le plus souvent sans jamais profiter.

Si le corps étranger se trouve au larynx, on peut en essayer l'extraction par les voies naturelles, le miroir laryngien servant de guide. Quand on ne réussit pas aux premières tentatives, il ne faut ni perdre un temps précieux, ni pratiquer des essais trop énergiques ; ces derniers sont beaucoup plus nuisibles que la simple trachéotomie, laquelle conduit directement à la trachée ; on peut alors extraire le corps étranger par la nouvelle voie ou bien le repousser dans la bouche et l'y recevoir entre les doigts de l'autre main.

Les statistiques aussi bien que le raisonnement nous conduisent au principe inébranlable que la méthode expectative est à condamner d'une façon absolue. Les quelques cas avérés qui ont guéri après avoir survécu à une période d'expectation remplie de dangers et de misères, ces cas rares ne changent rien au principe ; leur nombre disparaît devant la grande majorité de malades qui succombent dans les mêmes conditions ; de plus, ces rares organismes qui ont bravé les dangers d'une suffocation subite et d'une mort lente par destruction pulmonaire, ces mêmes organismes auraient beaucoup mieux supporté la petite opération sanglante dont aujourd'hui le pronostic est si bénin.

L'inversion du malade en mettant à profit les lois de la pesanteur remonte jusqu'à l'enfance de la chirurgie ; ses rares succès expliquent sa minime valeur. Aujourd'hui on ne l'emploie plus qu'en cas de corps métalliques arrondis et surtout en cas de pièces de monnaie (Félix Semon). C'est une drôle de coïncidence qu'un des premiers cas de réussite concerne un célèbre ingénieur anglais (Brunel) et qu'il est relaté par l'archi-

[illegible]. Chez ce malade, on [illegible] à chaque tentative on [illegible]. [illegible], en désespoir de cause [illegible] de nouveau sur [illegible] par la bouche ». Il est [illegible] pièces de monnaie [illegible] de leur poids et de [illegible] c'est un avantage qu'elles possèdent sur les autres corps étrangers. Mais elles ne parviennent à franchir la glotte que quand leur grand diamètre se superpose au diamètre antéro-postérieur de cette dernière, chose très rare. Le courant expiratoire n'est d'aucune valeur dans cette manœuvre : Pour qu'en général ce dernier puisse agir il faut qu'il prenne la monnaie plus ou moins de face et c'est justement cette position qui s'oppose au passage à travers la glotte ; la monnaie frappera contre la glotte en produisant le bruit de drapeau et en provoquant le spasme glottique ; ainsi, le courant respiratoire constitue plutôt un obstacle qu'un facteur favorable en cas pareil. J. Kühn a très bien comparé toute la symptomatologie des pièces de monnaie dans les bronches et leur traitement, avec la tirelire si connue des enfants : L'enfant introduit facilement une pièce dans sa tirelire en l'adaptant à l'ouverture longue et étroite de cette dernière, c'est-à-dire, en faisant coïncider les grands diamètres et de l'ouverture et de la pièce. Mais pour faire sortir cette dernière, en retournant la tirelire, on pratiquera bien des essais infructueux. Chaque fois la pièce, en vertu de son poids et de sa conformation, roulera vers la porte d'entrée en s'y heurtant avec un bruit sec ; elle ne franchira cette porte qu'en prenant, par le plus grand des hasards, la direction dans laquelle l'enfant l'a fait entrer. Dans la plupart des cas, et c'est le moyen le plus sûr, on doit casser la tirelire pour entrer en possession de la monnaie.

Si, pendant une inspiration profonde, un corps étranger peut passer facilement à travers la glotte élargie, il rebroussera difficilement chemin, vu le spasme glottique qui s'y oppose chaque fois à son passage. C'est parce que ce spasme est aboli, que des corps étrangers sortent quelquefois contre toute

attente pendant la narcose (D[r] Watson Williams, *Brit. méd. journal*). C'est pour la même raison qu'à peine la trachée ouverte, le premier accès de toux lance au loin un corps étranger dont les dimensions, en elles-mêmes, auraient permis l'élimination à travers la glotte.

Ces considérations, un peu trop étendues peut-être, ne font que corroborer des lois dictées depuis longtemps par la science. Mais, comme la vérité ne peut être trop souvent répétée, il faut rappeler ces maximes toujours et à chaque occasion : Il y a quelques mois à peine que j'ai vu succomber à une broncho-pneumonie un robuste enfant de huit ans, chez lequel la présence d'un haricot mobile dans la bronche gauche avait été correctement établie. Par un faux sentiment de tendresse la simple opération fut refusée jusqu'au dernier moment. Il est impardonnable de négliger une opération dont l'exécution est si petite et dont l'effet est si grand. Calculée pour les moments extrêmes de la vie, elle sauve cette dernière d'une façon éclatante ; sous ce rapport on ne peut lui égaler que la ligature de l'artère en cas d'hémorrhagie (Pitha). Il faut la pratiquer de bonne heure et sans hésiter, même en cas d'un doute momentané. Ces cas représentent un des rares exemples où le médecin peut être fier de faire en réalité, ce que dans d'autres circonstances, de malheureux parents lui demandent si souvent en vain : de sauver la vie d'un enfant chéri.

IV

NOTE SUR L'ACTION DU CHLOROFORME ADMINISTRÉ A TRÈS PETITES DOSES APRÈS LE BROMURE D'ÉTHYLE DANS CERTAINS CAS D'ANESTHÉSIE DIFFICILE CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr **HAMON DU FOUGERAY** (du Mans).

Le bromure d'éthyle, que j'ai appris à manier à la clinique de mon regretté maître le Dr Calmettes, est un agent anesthésique précieux en ce qui regarde les opérations de courte durée chez l'enfant. Aujourd'hui l'accord paraît être fait à ce sujet, et, s'il ne peut être comparé au chloroforme et à l'éther, il n'en reste pas moins d'une utilité incontestable et le plus généralement incontestée. On peut s'en servir dans les quinze premières années avec une sécurité presque absolue à la condition d'employer un produit chimiquement pur.

De l'avis de presque tous les spécialistes et de beaucoup de chirurgiens, il doit être administré à doses massives, variant suivant l'âge, jusqu'à 20 grammes environ.

Dans ces conditions on obtient, dans la grande majorité des cas, un état analgésique spécial qui dure deux ou trois minutes. Tel est le résultat clinique journellement vérifiable.

Mais, s'il est vrai de dire que le plus souvent l'anesthésie par le bromure d'éthyle se fait sans difficulté, que les enfants en subissent l'influence tantôt sans aucun phénomène d'excitation, tantôt avec une excitation passagère ordinairement modérée, il faut cependant reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Pour ma part, sur une série de 300 cas, j'ai rencontré trois enfants chez lesquels l'effet physiologique n'a pu être obtenu même en dépassant la dose de 20 grammes. Dans ces trois cas

il n'est survenu aucun accident toxique respiratoire ou autre. Le seul phénomène observé a été une agitation poussée à l'extrême et telle que plusieurs aides vigoureux avaient peine à la maîtriser. L'enfant se débattait en frappant des pieds et des mains, criant, hurlant, cherchant à mordre, etc.

Sous l'influence du bromure d'éthyle administré très largement un peu de calme apparaissait un instant, mais presque aussitôt l'agitation se manifestait de nouveau rendant toute tentative opératoire impossible.

Ces enfants (trois garçons adénoïdiens) étaient âgés de 7, 9 et 10 ans.

J'ai recherché la cause de cet état nerveux anormal. La crainte ou l'appréhension d'une opération ne peut être ici invoquée. Dans nombre de cas où l'anesthésie est facile, elle existe au même degré.

Je pense qu'il est plus rationnel d'incriminer l'hérédité et même l'alcoolisme.

En effet, dans deux cas l'hérédité maternelle nerveuse était évidente, et dans le troisième l'hérédité éthylique paternelle ne pouvait être mise en doute. De plus, chez deux de ces enfants j'ai pu constater l'action directe de l'alcool notamment chez le garçon de 10 ans qui buvait journellement une forte dose de cognac dans son café.

Malheureusement aujourd'hui on ne peut plus exclure des maladies de l'enfance l'alcoolisme qui envahit notre société de plus en plus.

Je tiens à bien faire comprendre que l'excitation nerveuse, qui s'est manifestés dans ces trois cas, est toute différente de celle que l'on rencontre chez des sujets craintifs et que tous ceux qui emploient souvent le bromure d'éthyle ont pu constater maintes fois. Dans ces cas l'action anesthésique se produit quand même, après un début plus ou moins mouvementé.

Ce qui caractérise au contraire l'anomalie que je signale, c'est la persistance de l'état conscient de l'enfant et les mouvements désordonnés de l'appareil musculaire qui agitaient les membres et déplaçaient le corps tout entier rappelant la phase de clownisme de l'attaque d'hystéro-épilepsie. Cet état restait

stationnaire alors que plus de 20 grammes de bromure avaient été réellement inhalés sans le moindre accident toxique.

Ce fut alors que, me rappelant la communication faite par le D[r] P. Segond à la société de chirurgie sur « *l'anesthésie combinée avec le bromure d'éthyle et le chloroforme* » (séance du 2 mai 1894), j'eus l'idée d'user de ce dernier agent.

Sur la même compresse qui venait de me servir à faire respirer le bromure d'éthyle, je versais huit à dix gouttes de chloroforme et continuais l'anesthésie.

Voici les effets physiologiques qui se sont produits d'une manière identique dans ces trois cas.

Sous l'influence de cette faible dose de chloroforme l'agitation a cessé presque subitement. L'état anesthésique, entièrement semblable à celui que l'on obtient d'habitude par le bromure d'éthyle seul, est survenu. L'opération a pu être faite facilement et l'enfant s'est réveillé comme à l'ordinaire et au bout du même laps de temps, sans présenter d'autres troubles qu'une courbature générale due à la violence des contractions musculaires.

J'ai constaté de plus que la pupille légèrement dilatée, s'est contractée subitement au moment où j'ai donné le chloroforme.

Dans les divers travaux publiés à ma connaissance sur l'anesthésie par le bromure d'éthyle je n'ai pas trouvé signalés les faits qui précèdent. M. le D[r] P. Segond, dans sa communication si intéressante, n'en parle pas également.

Il m'a donc paru utile d'appeler l'attention sur cette action particulière du chloroforme administré à la dose de quelques gouttes après le bromure d'éthyle, qui permet de faire cesser en quelques secondes les phénomènes nerveux violents que présentent parfois certains enfants.

Plusieurs objections pourraient m'être faites à ce sujet. On pourrait me dire d'abord que le bromure d'éthyle dont je me suis servi n'était pas pur ou qu'il a été mal administré. Je crois pouvoir affirmer le contraire. J'emploie toujours le même procédé des doses massives avec un produit absolument pur.

Mais on peut ajouter que j'aurais dû augmenter la dose et

que par ce moyen l'anesthésie eût pu être complète sans l'intervention du chloroforme. Cette supposition est peut-être vraie.

Toutefois, j'estime que la plus grande prudence doit être observée en matière d'anesthésie et qu'il faut savoir s'arrêter avant l'apparition des complications possibles et non après. Il peut être dangereux de donner plus de 20 à 30 grammes de bromure d'éthyle à des enfants de 5 à 10 ans.

En tout cas, les heureux résultats obtenus par le procédé que je viens de décrire m'autorisent à m'en servir dans des circonstances analogues.

En terminant, je dois mentionner qu'à la dernière session de la *Société Française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie* (séance du 5 mai 1896), plusieurs membres ont émis l'opinion que l'anesthésie par le bromure d'éthyle est inutile pour des opérations de courte durée telles que l'ablation des végétations adénoïdes. Je ne saurais partager cette manière de voir et j'estime qu'elle nous est d'un grand secours si l'on veut opérer facilement, complètement et rapidement. Quant à la nécessité d'avoir un produit chimiquement pur, elle ne peut être considérée comme un obstacle, et elle s'impose au même titre aussi bien pour le bromure d'éthyle que pour le chloroforme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Compte rendu par le Dr O. Laurent,

Professeur à l'Université de Bruxelles.

La réunion a eu lieu à Bruxelles, le 7 juin 1896, sous la *présidence* de M. le Dr Delie, d'Ypres. La séance du matin est consacrée à la présentation des pièces anatomiques et des instruments.

C'est la première fois que la Société se réunit depuis sa constitution, par laquelle elle a remplacé les anciennes assemblées qui existaient sans règlementation, depuis plusieurs années. Et les membres ont été heureux de retrouver, au milieu d'eux, leurs amis français de la première heure, MM. Gouguenheim, Noquet et Wagnier.

Bayer est élu *président* pour l'année prochaine.

1. Tout d'abord, M. Bayer nous montre des préparations du soit disant **bacille de l'ozène**, du cocco-bacille de Lœwenberg.

2. Delie montre un **polype muqueux**, pesant 40 grammes : extrait de la narine gauche ; à droite il existait d'autres masses de même nature, d'un poids de 63 grammes ; puis, à propos de la démonstration de nombreuses pièces, des **crêtes de la cloison nasale**, il revient sur des considérations qu'il a déjà émises antérieurement et qui sont confirmées par les faits. Ces crêtes sont constituées par des éperons, par des plis de la cloison, et ne peuvent être confondues avec les épaississements, les hypertrophies ou les déviations totales. Elles se localisent au tiers antérieur de la cloison, qui est par conséquent le siège opératoire de ces lésions. Leur constitution est essentiellement cartilagineuse.

A quel procédé opératoire faut-il recourir ? La scie de Bosworth comporte un procédé brutal, aveugle, douloureux, donnant lieu à une plaie irrégulière et à cicatrisation lente. Son emploi n'est indiqué que dans les crêtes osseuses. Nous ne nous arrêterons pas au galvanocautère. L'électrolyse a bien le mérite de la nouveauté, de la méthode « fin de siècle » et ne s'accompagne pas d'hémorrhagie. Mais son action n'est pas toujours maintenue dans les limites désirées et il n'est pas rare d'observer une perforation consécutive difficile à obturer. C'est ainsi que j'ai été, dit M. Delie, amené à utiliser la gouge, et ce n'est pas sans plaisir que j'ai vu les spécialistes adopter cette manière de faire. L'instrument dont je me sers présente des tuteurs latéraux ; il ne détermine pas de douleur après l'emploi de la cocaïne, il n'effraye pas le patient, les tuteurs servent à limiter son action d'une manière précise, et la plaie est très nette. D'autre part, l'opération se pratique avec la plus grande rapidité : il suffit de placer la gouge à travers le spéculum et la lame coupante à la base de la crête, de saisir le manche de la main gauche, d'appuyer vivement de la droite d'avant en arrière et dans les sens du grand axe de l'éperon, sans se préoccuper de la muqueuse. L'opéré rejette la production par le mouchage, ou bien celle-ci est saisie dans le mors d'une pince. L'hémorrhagie est insignifiante, je n'ai jamais observé de perforation persistante : c'est ainsi que dans les crêtes en ⊂, constituées par la superposition de deux lames de la cloison, et dont l'ablation est inévitablement accompagnée d'une perforation, on voit celle-ci disparaître rapidement. J'ajoute cependant que dans des cas très rares l'instrument doit être réappliqué sur les parties supérieure et inférieure de la crête, mais, pour cela, celle-ci doit mesurer plus d'un centimètre de largeur.

3. Delsaux nous parle d'un cas intéressant d'**otite moyenne suppurée compliquée de thrombose sinusienne**. — Un homme, âgé de 31 ans, souffrait d'otite suppurée ; nous enlevons une masse polypeuse et quelques jours après, nous pratiquons la trépanation de l'apophyse, d'où nous voyons sourdre quelques gouttes de pus d'odeur très accentuée. Nouvelle trépanation quelques semaines après ; plus tard, œdème pharyngo-laryngé, trachéotomie, mort. A l'autopsie, nous trouvons sur l'hémisphère gauche du cerveau une couche d'un pus verdâtre, le sinus latéral gauche, les sinus pétreux et le transverse droit sont thrombosés. La paroi osseuse du sinus latéral est érodée à

l'union des portions verticale et horizontale jusqu'à la paroi membraneuse ; le pus a fusé dans le sinus.

A propos de cette communication, M. Béco signale le cas d'un enfant de 10 ans atteint d'otite suppurée (avec fièvre hectique et, parfois, d'un délire léger) et de sensibilité de la région temporale gauche. M. Béco effectue deux fois la trépanation, enlève des fragments importants de la base de la pyramide du rocher, dénude la dure-mère ; le foyer purulent se trouvait, selon toute probabilité, à la face postéro-interne du rocher. L'enfant se porte bien. M. Schiffers rappelle aussi un cas de phlébite du sinus caverneux : le malade mourut d'une autre affection et l'autopsie démontra qu'il y avait eu guérison de la première.

4. Gouguenheim. — **Un nouveau perforateur du bord alvéolaire du sinus maxillaire.**

5. Laurent. — **Des résections maxillaires dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens** (sera publié dans le journal).

6. Rousseaux et Hennebert. — **Trépanation de l'antre mastoïdien ; considérations nouvelles. Présentation de pièces anatomiques et de malades.** — La trépanation de l'apophyse mastoïde, l'antrectomie classique, a été notre premier objectif. Chipault note, comme points de repère et comme limites du champ opératoire : en haut, la crête sus-mastoïdienne, en arrière, la crête ou sillon vertico-mastoïdien, en avant, l'épine supra-méatique et le bord postéro-supérieur du conduit osseux. Mais Politzer ne cite comme limites que la ligne temporale et l'épine supra-méatique (*spina supra meatum* de Henle). Quand celle-ci manque, ou n'est pas suffisamment indiquée, le champ opératoire sera limité en haut par le niveau du bord supérieur du conduit osseux, et en avant par le point où l'oreille se replie pour former la paroi postérieure du conduit. Ricard conseille simplement de trépaner au niveau de la partie antérieure de la base de l'apophyse mastoïde. D'après Broca et Lubet-Barbon, il faut trépaner en arrière du conduit (5 millimètres), au niveau de l'épine : limite supérieure, ligne temporale ; limite antérieure, bord postérieur du conduit ; limite postérieure, un centimètre et demi en arrière du bord postérieur du conduit. Pour Garnault, le meilleur point de repère est fourni par la *spina supra meatum*, quand elle existe. Mais elle fait souvent défaut. On doit alors s'orienter à l'aide d'une ligne horizontale passant par la partie la plus élevée

du bord supérieur du conduit. Enfin, Duplay et Reclus recommandent de faire l'incision directement en arrière de l'insertion de la conque sur l'apophyse. Celle-ci doit être attaquée au niveau du bord supérieur du conduit auditif externe, l'instrument étant dirigé en dedans et légèrement en avant. Nous pouvons conclure de cette revue que, pour cette opération, il y a autant de points de repère différents, autant d'appréciations diverses que d'auteurs consultés. Du reste, ces points de repère n'ont rien de constant et chaque sujet présente au temporal des caractères complètement distincts.

En effet, sur la pièce que voici, la ligne temporale est parfaitement indiquée, tandis que sur cette autre elle est remplacée par une large saillie horizontale de 3 millimètres de diamètre, et que sur cette troisième, elle n'existe pas du tout. De plus, cette ligne varie dans sa direction et dans sa situation relativement à l'étage moyen du cerveau. Elle se trouve généralement au-dessus, comme vous le voyez. La diversité de situation et d'aspect de ce point de repère est de nature à dérouter dans une opération telle que la trépanation mastoïdienne. Aussi pouvons-nous dire avec Garnault que la ligne temporale doit cesser d'être considérée comme un point de repère absolu.

La crête ou sillon vertico-mastoïdien a été fort peu décrit jusqu'ici. D'après Poirier, il faut distinguer, dans l'apophyse mastoïde, deux portions nettement distinctes : une antérieure ou écailleuse, une postérieure ou pétreuse. Sur un grand nombre de temporaux, on remarque à la face externe de l'apophyse mastoïde un sillon presque vertical qui la divise en deux parties : parfois ce sillon est à peine visible, parfois il est bien marqué ; la portion antérieure est lisse, la portion postérieure est rugueuse. Voici un temporal sur lequel ces détails sont bien évidents, et où la crête pourrait servir de limite postérieure au champ opératoire. Mais c'est exceptionnel. On distingue bien, en effet, une portion lisse et une portion rugueuse, mais, généralement, cette crête est mal accusée et sa situation est variable. Ainsi, sur cette pièce, il n'existe ni crête ni zone rugueuse ; sur cette autre, il n'y a pas de zone lisse, tandis que pour celle-ci cette zone est réduite à une surface de 5 millimètres de diamètre. Il en résulte ceci : tantôt le champ opératoire est trop grand, tantôt il est trop restreint. Aussi pensons-nous que la ligne temporale et le sillon vertico-mastoïdien doivent être considérés comme des points de repère purement anatomiques et qu'ils sont trop mal définis pour pouvoir être utiles en chirurgie.

L'épine supra-méatique est décrite par Poirier de la façon suivante : « Le plus souvent, on trouve à la partie supéro-postérieure du conduit auditif osseux une petite éminence osseuse, lamelle curviligne, concentrique à l'axe du conduit ; sa saillie et sa longueur sont fort variables. Sur un certain nombre de crânes, elle est en continuation directe avec l'os temporal. Au-dessus et un peu en arrière existe une petite cavité. » Tous les auteurs accordent à ce point de repère une importance considérable, une valeur absolue. Mais si la situation et les rapports de ce point de repère avec l'antre sont invariables, il ne se rencontre pas aussi souvent qu'on l'admet. Voici d'abord quelques temporaux d'enfants où l'épine supra-méatique n'existe pas du tout. Or, l'antre existe chez l'enfant, même chez le nouveau-né, et l'antrectomie peut être pratiquée à tout âge. Chez l'adulte, l'épine n'existe pas toujours ; en voici la preuve. Dans d'autres cas, l'épine est nette, mais insuffisamment développée pour pouvoir servir de point de repère sérieux. Sur ces temporaux l'épine existe réellement et pourrait servir d'indice. Mais nous voilà loin de la statistique de Kiesselbach et Schultze.

Nous croyons avoir démontré que les points de repère signalés par les auteurs pour l'autrectomie sont insuffisants en pratique, à moins d'être anatomiste et de pouvoir s'orienter sur des vestiges et des nuances. Or, en raison des dimensions parfois très réduites de l'antre, comme c'est le cas dans les apophyses scléreuses, il est indispensable d'avoir au moins un point de repère invariable.

Ayant constaté que l'extrémité supérieure de l'épine supraméatique, dans les cas où elle existe, et le point d'insertion le plus élevé du conduit membraneux au conduit osseux, se trouvent toujours dans un même plan horizontal, nous en avons conclu que ce point d'insertion, de même que l'épine, devait avoir avec l'antre des rapports constants. C'est pourquoi nous avons pratiqué sur un grand nombre de temporaux de tout âge une série de coupes d'avant en arrière, passant autant que possible par le milieu de la caisse et de l'antre, puis, nous avons projeté, au moyen d'un foret, l'image de l'antre sur la face externe du temporal. Nous avons constaté :

1° Que le plan horizontal passant par le point d'insertion dont nous avons parlé, que le plan tangent à notre point de repère, passe par le bord inférieur de l'aditus et par le milieu de l'antre ;

2° Que le milieu de l'antre est à 5 millimètres en arrière au niveau de la paroi postérieure du conduit osseux.

Nous avons donc adopté ce point de repère, facile à découvrir et constant.

Abordons la technique opératoire. Disons, tout d'abord, qu'il est de tout nécessité de pratiquer, au préalable, dans une séance spéciale, les diverses interventions dont sont justiciables les altérations de l'oreille moyenne : enlèvement du tympan et des osselets, extirpation des polypes, curettage de la caisse, etc., car ces opération ne peuvent qu'être difficilement pratiquées d'une façon satisfaisante au cours d'une grande intervention ; puis, elles assurent l'asepsie du conduit et de la cavité tympanique. Nous nous servons d'une lampe électrique frontale.

Technique de l'antrectomie : on fait, dans le sillon auriculo-mastoïdien, une incision commençant en haut un peu en arrière du niveau de la branche montante de l'hélix (donc très en avant) suivant le sillon jusqu'à mi-hauteur pour se diriger ensuite vers le sommet de l'apophyse. L'extrémité supérieure de l'incision met à nu, sans la diviser, la partie la plus postérieure de l'aponévrose du muscle temporal. Les parties molles sont divisées du coup jusqu'à l'os. L'artère auriculaire est divisée à la partie moyenne de l'incision. Le périoste est récliné en arrière, et en avant jusqu'au conduit auditif ; il est absolument indispensable de mettre largement à découvert l'insertion du conduit membraneux, non seulement au bord postérieur du méat osseux, mais encore et surtout à son bord supérieur. Cette dernière insertion est cachée par un fort trousseau fibreux, nacré, aplati, de 2 à 3 millimètres de large. Ce n'est qu'après l'avoir incisé qu'on voit nettement le point d'insertion du conduit membraneux au bord supérieur du conduit osseux. De ce point, l'on mène en arrière une horizontale sur laquelle, à 5 millimètres du bord postérieur du méat osseux, l'on marque au moyen d'un coup de gouge le centre de l'entonnoir qu'il s'agit de creuser dans la mastoïde pour atteindre l'antre. Il est important de déterminer nettement ce centre opératoire, une erreur de quelques millimètres pouvant faire manquer l'antre. Tout autour de ce point, on creuse, à petits coups de maillet, un entonnoir ayant à la surface de la corticale un centimètre de diamètre, et dont la limite se confond exactement avec le bord postérieur du conduit. L'axe du trajet creusé dans l'apophyse doit être oblique en avant, parallèle au conduit auditif osseux ; perpendiculaire, il atteindrait presque fatalement la loge sinusale. Cette recommandation s'applique surtout aux apophyses scléreuses. Chez le jeune enfant, il est bon, à cause des dimen-

sions exiguës du champ opératoire, de reporter un peu en avant le centre sus-indiqué ; il suffit, du reste, d'enlever une très mince couche de la corticale pour pénétrer dans l'antre. Ajoutons enfin que les fistules ne doivent pas servir de guides pour atteindre l'antre, qu'il faut pénétrer dans celui-ci par la voie que nous signalons.

7. M. Eeman. — **Rapport sur la rhinite pseudo-membraneuse et la diphthérie nasale.** — Je me bornerai à étudier les observations que j'ai recueillies depuis le 1er janvier 1895. Tous ces cas, au nombre de onze, étaient de nature diphthéritique, ils ont été soumis à l'examen de M. le Prof. van Ermengen. Tous étaient de la diphthérie nasale primaire ; dans huit d'entre eux il s'agissait de diphthérie pure à forme longue ou courte ; dans trois, d'association microbienne ; deux fois ils ont présenté le bacille de Lœffler, le staphylocoque et le streptocoque, une fois celui de la diphthérie et le diplocoque. Ils appartenaient à des enfants de 17 mois à 10 ans. Les rhinites pseudo-membraneuses des auteurs sont donc des rhinites diphthéritiques. Du reste, les commémoratifs permettent d'établir le diagnostic : c'est ainsi qu'un enfant a été atteint en pleine épidémie, qu'un autre appartenait à une famille ayant présenté des cas de diphthérie, qu'un autre encore, âgé de 7 mois, habitait Gand alors que son frère était à Lille : celui-ci fut pris de diphthérie pharyngo-laryngée et visité plusieurs fois par la mère, qui contamina son dernier-né. Je trouve un argument de valeur dans l'observation suivante : je constatai chez un enfant l'existence d'un volumineux polype nasal, puis quelque temps après une rhinite diphthéritique droite, suivie, au bout de deux jours, d'une rhinite gauche de même nature. Ce n'est que trois mois après que j'enlevai la tumeur, et dès le huitième jour, la diphthérie nasale reparaissait. C'est pourquoi je pense que la soi-disant rhinite traumatique post-opératoire est fréquemment de nature diphthéritique, et il y a lieu de procéder plusieurs fois à l'examen avant de se prononcer, et de recourir au contrôle des cultures, qui est indispensable. Donc : 1° La diphthérie primaire des fosses nasales, dont l'existence est niée par quelques-uns, que beaucoup regardent comme exceptionnelle, est relativement fréquente, au moins chez les enfants.

D'autre part, tout le monde reconnaît la bénignité de l'affection. Parmi les observations qui ont été publiées, il en est beaucoup qui sont sujettes à caution. Le processus reste local, sans retentissement sur l'état général. C'est pourquoi beaucoup

de laryngologistes ne croient pas à la fréquence de l'affection, et pourtant nous observons assez fréquemment des cas de parésie du voile, alors que la lésion n'avait pas été reconnue : c'est ainsi que j'ai vu un jeune homme mourir de paralysie pharyngo-œsophagienne et dont la maladie n'avait pas été diagnostiquée.

Nous formulons comme suit notre seconde conclusion : Dans l'immense majorité des cas, peut-être toujours, elle constitue une affection purement locale, à symptomatologie locale, sans retentissement aucun sur l'état général.

Cependant,les germes possèdent une virulence extraordinaire. Ainsi un cobaye de 350 grammes reçoit 1/10 centimètre cube donc deux gouttes d'une culture d'eau et de peptone datant de trois jours ; il meurt 10 jours après ; le résultat de l'examen est positif. Une culture en bouillon de trois jours tue deux cobayes inoculés, le premier avec 1/2 centimètre cube en 22 heures, et le deuxième en 36 avec 1/10 centimètre cube. C'est ainsi que nous disons, en troisième lieu : Les enfants atteints de cette affection, continuant à mener la vie commune et fréquentant l'école, doivent être considérés comme des agents très actifs de la diffusion de la diphthérie. Des mesures prophylactiques s'imposent dans ces conditions. Les enfants seront éloignés de l'école jusqu'à ce que les recherches bactériologiques restent négatives.

M. Bayer, *contre-rapporteur*. — La rhinite pseudo-membraneuse aiguë, croupale et non diphthéritique, est généralement d'origine traumatique, chimique ou physique (galvanocaustie). La plupart des rhinites pseudo-membraneuses sont diphthéritiques et accompagnent la diphthérie du pharynx, du larynx, des oreilles, etc. Du reste, j'ai observé des cas d'origine arthritique. Cependant, dans mes observations, je n'ai pas effectué la recherche du bacille de Lœffler : il ne faut pas perdre de vue qu'on le rencontre dans la bouche à l'état normal.

Ces rhinites, d'ordre inférieur relativement à l'affection principale, sont fréquentes.

Mais il existe une autre variété, une rhinite membraneuse diphthéritique primaire appelée « latente » à marche lente, chronique, qui reste généralement localisée aux fosses nasales, et présente les symptômes de l'obstruction nasale, s'accompagne de sécrétions abondantes, surtout muco-sanguinolentes. Or, malgré la présence du bacille très virulent de Lœffler, l'état général est faiblement influencé. Elle passe généralement pour un

simple coryza et disparaît spontanément en trois ou quatre semaines ; cependant l'auto-infection entraîne la mort dans nombre de cas. Ces observations sont regardées comme rares, les malades appelent rarement le spécialiste. Pourtant j'ai pu observer plusieurs cas de rhinite pseudo-membraneuse diphthéritique et de rhinite pseudo membraneuse simple traumatique.

Ajoutons qu'en général les recherches bactériologiques font défaut ; les observations deviennent cependant plus nombreuses depuis quelque temps. Nous avons vu que la mort peut en être la conséquence ; le pronostic est donc réservé. La plupart des cas se développent à la suite de la diphthérie de la gorge : celle-ci du reste peut disparaître sans s'être accusée d'aucune façon. Par conséquent, je ne partage pas l'opinion de M. Eeman relativement à la fréquence du mal. Enfin, je suis aussi moins rigoureux en prophylaxie ; j'estime qu'il n'est pas nécessaire d'éloigner les enfants de l'école pendant plus de six semaines.

M. Delstanche. — M. Eeman pense que la cautérisation des fosses nasales peut engendrer la récidive. Cependant cette variété d'infection est difficilement admissible, bien que les membranes s'étendent au-delà du champ opératoire. Le microbe de Lœffler se développe-t-il parce qu'on opère dans un milieu infecté ? Quoiqu'il en soit, sa présence offre un caractère moins grave en raison de l'innocuité de la galvanocaustie ; nous pouvons aussi déduire ce fait de l'innocuité des fausses membranes.

M. Capart. — Des 15 cas que j'ai observés, aucun n'a été suivi de mort ni ne s'est accompagné de symptômes généraux. Comment s'expliquer alors là virulence des bacilles signalée par M. Eeman ? Du reste, je n'ai pas retrouvé d'indices d'un foyer contagieux. D'autre part, l'acide acétique, l'acide chromique donnent parfois lieu au développement de ces membranes.

M. Gevaert.— J'ai observé le fait suivant : une petite fille, traitée à l'hôpital de Gand pour une scarlatine, y contracte, le trentième jour, une rhinite fibrineuse, et sort le trente-troisième jour. La mère y rentre le quarantième, atteinte qu'elle était d'une angine diphthéritique très grave, et quatre jours plus tard, c'est le tour de la grand'mère qui présente la même affection. Dans ces trois cas, on a retrouvé le bacille de Lœffler. Ce qui est paradoxal, c'est que la rhinite fibrineuse soit bénigne et, le plus souvent, n'ait aucun retentissement sur l'état général.

M. Buys. — Il y a quelque temps, j'ai eu à examiner un enfant

qui portait depuis sept semaines une rhinite diphthéritique, et qui fréquentait l'école sans qu'il fût regardé comme malade. La virulence du microbe était atténuée.

M. Roussbaux.— Je pense, avec M. Delstanche, que le bacille de Lœffler n'a pas l'importance qu'on lui attribue. Du reste l'étendue et l'épaisseur des fausses membranes opératoires est en rapport avec l'énergie de l'agent employé.

M. Boland. — La constatation du bacille de Lœffler nécessite parfois des examens répétés.

M. Noquet.— La diphthérie nasale doit être rare. J'en ai observé quelques cas bénins, il y a plusieurs années. Je ne rencontre pas non plus de cas de diphthérie post-opératoire, parce que je prends les précautions antiseptiques nécessaires. Observons encore que le bacille de Lœffler peut à l'exemple de celui de Koch se rencontrer dans les fosses nasales à l'état normal.

M. Béco.— On peut se demander si la cautérisation ne crée pas un terrain favorable à l'exagération de la virulence d'un bacille qui se rencontre fréquemment dans le nez à l'état sain. Il serait donc utile d'examiner les escharres post-opératoires.

M. Wagnier.— J'ai vu cinq ou dix cas de diphthérie nasale qui tous étaient consécutifs aux applications galvanocaustiques. L'opérateur aurait donc été la cause de l'infection.

M. Delstanche. — Il y aurait peut-être lieu de retarder l'intervention opératoire dans les cas où l'on trouverait des bacilles de Lœffler.

M. Schiffers.— Jusqu'à nouvel ordre, nous devons admettre que le bacille de Lœffler est la cause déterminante de la diphthérie. Il ne faut pas confondre les membranes fibrineuses, escharres et produits de destruction avec les véritables membranes croupales.

M. Gouguenheim. — M. Eeman est-il bien certain que les fausses membranes soient nécessairement le résultat de la présence du bacille de Lœffler? D'autres causes ne peuvent-elles pas intervenir? Ainsi j'ai vu la mort survenir dans des cas de fausses membranes de la gorge et du nez sans que le bacille de Lœffler ait été rencontré.

M. Bayer. — L'antisepsie enraye le développement des fausses membranes post-opératoires.

M. Eeman. — Le cas de M. Gevaert prouve que la diphthérie nasale peut donner lieu au développement de la diphthérie pharyngo-laryngée. Il doit être bien entendu que je n'ai eu en vue que les cas de diphthérie primaire, localisée au nez. Je n'ai

rencontré qu'une seule fois la diphthérie post-opératoire du nez. Je maintiens ma manière de voir quant à la fréquence relative de la diphthérie nasale primaire, à la nature diphthérique de la soi-disant rhinite fibrineuse, à la virulence des bacilles de Lœffler rencontrés dans ces conditions et à la nécessité des mesures prophylactiques.

8. M. Capart. — **Rapport sur la pathogénie et le traitement de l'ozène.** — Tout d'abord, il faut bien se mettre d'accord sur ce que l'on entend par cette affection. On constate des lésions de nature atrophique, surtout au cornet inférieur, et de l'hypertrophie du cornet moyen. On a émis à ce sujet de nombreuses hypothèses, qui sont complètement satisfaisantes. Les voici :

1° Celles qui rattachent la maladie à un défaut de conformation anatomique congénital. Zaufal est d'avis que l'atrophie du cornet inférieur met obstacle à la ventilation nasale ; ainsi les sécrétions stagnent, se dessèchent et dégagent l'odeur caractéristique. Pour Hoffmann, la distance de l'épine nasale antérieure au bord postérieur du vomer est trop courte, tandis que la cavité naso-pharyngienne est trop étendue. Berliner attribue l'affection au contact de la cloison avec le cornet moyen hypertrophié.

2° L'ozène n'est pas essentiellement une sinusite, comme l'ont soutenu Michel, Grünwald et Max Bresgen. Mais la sinusite est très rare ; je ne l'ai jamais rencontrée. De plus, l'ozène est surtout une maladie de l'enfance alors que les sinus sont peu développés, tandis qu'il est rare chez le vieillard, dont les sinus ont cependant acquis le maximum de développement. Et l'odeur des produits sinusiens est différente de la punaisie véritable.

3° Nous ne pouvons admettre son origine bactériologique, ainsi que l'ont fait Löwenberg et Massei : on confond ici l'effet avec la cause.

L'anatomie histologique doit nous guider. Elle nous apprend que dans tous les cas on observe une métaplasie, partielle ou totale, de l'épithélium, qui devient pavimenteux et une infiltration graisseuse des glandes et du tissu cellulaire, donc des lésions des organes de sécrétion. De là cette rareté constatée chez le vieillard. C'est pourquoi nous pensons que l'ozène est constitué par une inflammation atrophique de la muqueuse, par une véritable sclérose. Les gouttelettes graisseuses s'accumulent,

se dessèchent, constituent des croûtes, d'où l'odeur particulière de l'ozène.

Est-elle atrophique d'emblée ou consécutive à une hypertrophie ? Nul ne le saurait dire encore. De même l'origine primordiale de cette inflammation n'est pas démontrée. Nous croyons cependant que c'est un état général d'affaiblissement, et surtout de scrofulose.

L'ozène est-il contagieux ? La chose est possible mais elle est loin d'être démontrée. On constate pourtant, assez souvent, que plusieurs enfants d'une même famille en sont atteints ; on la voit aussi se développer chez des conjoints primitivement indemnes.

Le traitement consiste en injections variées, eu cautérisations de différente nature, dans l'asepsie, les poudres alcalines de Grünwald (chlorate de soude, bicarbonate de soude, borax). Ainsi on peut observer des guérisons durables ; le cornet inférieur reprend son volume et son aspect normal. Le traitement le plus efficace est l'électrolyse cuprique, et surtout bipolaire. On se rappelle la communication de M. le Dr Cheval à ce sujet.

Nous avons relevé une proportion de 90 % de guérisons. Il suffit parfois d'une seule séance. Mais il faut que l'appareil employé soit de construction irréprochable : rhéostat au graphite, galvanomètre sûr, courant constant, aiguilles de cuivre bien effilées. On rase le bord libre, et l'on évite soigneusement toute perforation. Je ne dépasse pas 20 milliampères et une séance de 25 minutes suffit. Le pôle négatif est appliqué directement, à moins de sensibilité exagération (application au bras). La narcose chloroformique est parfois nécessaire. Les opérateurs qui ont éprouvé des mécomptes n'avaient pas tenu compte de ces détails importants.

M. Delsaux, *Contre-rapporteur*. — Il m'est difficile d'ajouter quelque détail intéressant au brillant rapport de M. Capart. Voici cependant les propositions que je crois pouvoir formuler : 1° L'appellation d'ozène embrasse plusieurs affections nasales, qu'il est désirable de voir spécifier. Il faut exclure les manifestations de la scrofule et de la syphilis et réserver l'expression à la rhinite atrophique. 2° On ne peut rapporter exclusivement au microcoque de Löwenberg la cause de l'ozène. 3° Cette cause réside aussi dans un trouble du système nerveux, qui préside à la sécrétion des glandes de la muqueuse nasale. La muqueuse se sclérose, les sécrétions sont altérées et elles deviennent putrides. 4° Tous les procédés thérapeutiques employés

se réduisent au processus irritatif. 5° Les injections détersives alcalines constituent un procédé de choix. 6° La multiplicité des diverticules de la muqueuse nasale ne permet pas actuellement de réaliser l'antisepsie ou l'asepsie des fosses nasales.

Il faut débarrasser la muqueuse des croûtes qui l'encombrent et empêcher leur repullulation, recourir au massage, recourir à l'électricité, aux attouchements, à l'aide de substances diverses qui renforcent l'activité de la muqueuse.

Je considère que l'ozène est incurable. C'est du reste l'avis de Lermoyez. M. Capart nous a parlé d'une asepsie relative, mais je ne pense pas qu'elle puisse être effectuée en raison de ses diverticules. C'est ainsi que je recours aux injections détersives, dont il faut continuer l'emploi si l'on veut obtenir une amélioration durable.

M. Eeman. — Je suis très sceptique au sujet de la valeur de l'électrolyse. Je demanderai donc si les lavages continuent à être appliqués, car c'est à ce dernier procédé que j'attribue l'amélioration constatée et les guérisons apparentes. Qu'on nous présente une série de malades reconnus ozéneux sans conteste et guéris par l'électrolyse sans recours ultérieur aux lavages, et nous serons convaincus. La guérison doit dater de six mois, et même d'un an.

M. Capart.— M. Cheval n'a plus recours aux lavages, et cependant les croûtes disparaissent, la muqueuse reprend son aspect normal et parfois même le cornet moyen atrophié revient au type normal. Observons toutefois que le pharynx ne se ressent pas de cette influence.

M. Bayer. — La dose de 20 milliampères est excessive, celle de 5 peut même provoquer de la céphalalgie et de l'otalgie ; j'ai vu une jeune fille contracter une otite hémorrhagique et mourir de méningite.

M. Capart. — Comme je n'ai jamais observé d'accidents il est hors de doute que la technique de M. Bayer doit être modifiée, et que son galvanomètre laisse à désirer.

M. Bayer. — L'ozène doit être regardé comme une trophonévrose compliquée de dénutrition et d'atrophie de la muqueuse et s'accompagne de sécrétions anormales. Le courant électrolytique est violemment excitant et agit par voie réflexe : les sécrétions se modifient sous son influence, deviennent moins visqueuses et le cornet reprend son aspect normal. L'ozène est du reste curable. Et le meilleur traitement est toujours l'électrolyse cuprique. J'en ai même observé d'excellents effets sur le naso-

pharynx dans un cas d'ozène unilatéral, mais les lavages sont indiqués.

M. Blondiau. — L'ozène est incurable, mais est favorablement influencé par les lavages combinés avec le massage, dont l'action mécanique constitue le complément indispensable d'un bon traitement.

M. Goris.— J'ai appliqué l'électrolyse dans plusieurs cas ; dans l'un d'eux, les injections ne sont plus effectuées depuis quelques semaines. Je doute cependant de l'action curative de l'électrolyse.

M. Schiffers. — Il est difficile de s'expliquer l'action bienfaisante de l'électrolyse dont les effets sont ceux de la réduction et se manifestent sur des tissus atrophiés. En outre, M. Capart applique les aiguilles aux cornets moyens, alors que les lésions siègent sur les inférieurs. J'estime que M. Capart a observé des cas particulièrement favorables. C'est ainsi qu'on voit survenir cette affection chez les jeunes filles, à l'âge de la puberté, quand la menstruation est précoce ou tardive ; cette variété guérit facilement. Mais l'ozène vrai chez l'homme n'est pas curable, et nous prétendons qu'il existe des pseudo ozènes et des pseudo-guérisons.

M. Gouguenheim. — Nous ne sommes pas fixés sur l'étiologie de l'ozène, curable dans certains cas, incurable dans d'autres. Les variétés sont multiples : on peut observer de l'atrophie d'un côté, de l'hypertrophie de l'autre. Il serait donc utile de connaître les variétés susceptibles de guérison.

M. Delsaux. — Contrairement à M. Schiffers, je pense que le pôle positif irrite les tissus, mais ne les détruit pas.

M. Jauquet. — La plupart des galvanomètres du commerce donnent des indications inexactes. Les accidents sont impossibles avec 6 milliampères : M. Cheval ne les a pas même observés à 60 milliampères.

M. Wagnier.— Le massage électrique, j'en ai l'expérience, peut amener la guérison.

M. Boland.— Il serait utile de nommer une commission chargée d'examiner les cas traités.

M. Eeman et Delie partagent cet avis.

M. Rousseaux. — L'action de l'électrolyse ne fait pas de doute pour moi. L'aiguille est fixée de bas en haut dans le cornet moyen, puis relevée vers le bout du nez, et enfoncée alors d'avant en arrière. De cette manière les accidents ne peuvent survenir. D'autre part, il faut appliquer le procédé systématiquement, sans en exagérer la durée.

9. M. Broeckaert. — **De l'amygdalite lacunaire aiguë.** — Les phénomènes généraux ne sont pas en rapport avec la lésion locale, d'apparence très bénigne, et nous permettent de conclure à son caractère infectieux et contagieux. Parmi les complications éloignées, signalons le phlegmon du cou, l'orchite et l'ovarite amygdalienne. Meyer a examiné 55 cas et regarde le streptocoque comme étant l'agent infectieux. Sur 14 cas examinés au laboratoire de M. Van Ermengen, 13 fois le streptocoque pyogène existait en culture presque pure, rarement associé au diplocoque ou au staphylocoque. Nous pouvons donc conclure que l'amygdale est la voie de pénétration des agents infectieux dans l'organisme.

Les lésions sont caractérisées par la migration excessive des éléments lymphoïdes, par la multiplication des leucocytes dans les follicules et dans le tissu propre de la glande. Les courbes superficielles épithéliales sont desquamées, dégénérées, nécrosées ; elles s'accumulent avec les leucocytes à la surface de l'amygdale et dans les lacunes. Des membranes se forment, mais elles ne sont pas constituées par de la fibrine nette. Par conséquent la muqueuse et le parenchyme amygdaliens sont le siège de ces lésions.

10. M. Broeckaert. — **Un cas de vésication cocaïnique.** — J'ai traité un officier atteint d'hypertrophie du cornet inférieur. Il me raconta qu'une application d'une solution de cocaïne sur la peau avait déterminé une véritable vésication. J'en laisse tomber une goutte d'une solution à 10 °/₀ sur l'avant-bras, et deux jours après, des vésicules se sont montrés à l'endroit touché. Une expérience de contrôle est établie avec de l'eau distillée d'une part et une solution cocaïnée de l'autre, le malade ayant les yeux fermés. Le résultat fut positif. La cicatrice est légèrement pigmentée, preuve de l'énergie de l'irritation. Remarquons que le sublimé et les autres antiseptiques n'ont pas ce résultat. Ce cas est probablement unique, et c'est heureux, car l'application pratiquée sur la muqueuse laryngée pourrait entraîner la mort.

M. Goris a vu la solution de cocaïne déterminer dans la bouche, comme l'eau bouillante, de la desquamation épithéliale et de l'herpès.

11. M. Blondiau. — **Réflexes déterminés par certains états pathologiques du nez.** — On a tour à tour exagéré et diminué l'impor-

tance des réflexes d'origine nasale. Dans un cas, l'ablation d'un éperon de dimensions considérables fit disparaître le catarrhe naso-pharyngien concomitant ; la toux disparut complètement. L'existence d'une névrose réflexe n'est pas douteuse. M. Blondiau cite d'autres cas. Un obstacle occasionné par un corps étranger ou une lésion nasale peut être le point de départ de ces névroses qui peuvent se localiser au larynx et aux poumons. D'où la toux dite nerveuse, le spasme de la glotte, les accidents laryngo-spastiques, l'asthme réflexe ou dyspnée paroxystique.

12. M. Blondiau. — **Quelques observations sur la transfixion du cornet.**— Cette opération, indiquée dans le coryza chronique hypertrophique, consiste dans la transfixion, dans le sens de sa longueur, du cornet inférieur par le galvanocautère insinué entre la muqueuse et l'os. C'est au bord libre du cornet inférieur que la muqueuse est la plus épaisse, surtout en cas de turgescence du tissu érectile. On utilise le petit cautère pour la transfixion partielle, et le cautère effilé pour la transfixion complète. L'instrument, porté au rouge sombre, est introduit horizontalement et parallèlement au rebord du cornet, et pénètre sur une étendue de 5 à 5 cent. 1/2. Souvent une application suffit et les synéchies ne sont pas à redouter ; la rétraction se produit en masse. On a reproché au procédé la production de l'ostéite. Je n'en ai vu qu'un seul cas qui a évolué d'une façon bénigne. La périostite se produit au reste après toute cautérisation ; elle est même avantageuse en déterminant les adhérences et la rétraction de la muqueuse. Du côté de la trompe rien non plus à redouter : à peine existe-t-il, lorsqu'elle a été touchée, une légère sensibilité auriculaire ; je n'ai plus, depuis quelque temps, observé cette complication sans importance.

M. Capart. — Le chlorhydrate d'eucaïne produit l'anesthésie sans constriction vasculaire, et serait indiqué dans les cas de M. Blondiau.

M. Bayer a employé cette substance en poudre dans deux cas : elle a déterminé de la douleur.

13. M. Gevaert.— **Une statistique de sérothérapie antidiphthéritique.** — Les premiers essais que nous fîmes de la sérothérapie n'étaient pas faits pour nous porter à l'enthousiasme : les cinq premiers cas d'angine diphthéritique grave, traités par le sérum, se sont terminés par la mort. Vingt enfants, atteints de croup,

ont été traités par la trachéotomie et la sérothérapie, cinq ont guéri, ce qui donne une mortalité de 75 °/₀, tandis qu'autrefois les guérisons étaient de 28 °/₀. Ces résultats étaient déconcertants. Mais il en fut tout autrement dans une nouvelle période de douze mois : Nous avons traité 24 enfants atteints de croup bien caractérisé (dyspnée, présence des bacilles) : 13 dont 52 °/₀ ont guéri. Or, autrefois, nous avons relevé une mortalité de 75 °/₀ et même de 82 °/₀.

14. M. Gevaert.— **Un cas typique de maladie de Ménière.** — Les cas de maladie de Ménière vraie, caractérisés par la surdité subite, les vertiges et les bourdonnements d'oreilles sont excessivement rares. Il y a quelque temps, j'ai eu à traiter un homme présentant ces symptômes. Veilleur de nuit dans une usine, il tombe d'un escalier et essaie, inutilement, de se relever; chaque tentative est accompagnée de vomissements. Pendant plusieurs semaines il est pris de vertige dès qu'il ouvre les yeux, reste absolument sourd et est en proie à des bourdonnements intolérables. Au bout de quelques mois l'état s'est modifié, mais la surdité persiste. Ce cas peut être rapproché de celui de Politzer qui a constaté une félure du temporal et une hémorrhagie labyrinthique. Mon second cas est également très intéressant : un capitaine de navire, âgé de 32 ans, sans antécédents est pris, par une nuit de décembre, et par un fort brouillard, de bourdonnements d'oreille et tombe sur le plancher. On le relève sans qu'il ait perdu connaissance, mais il est repris de vomissements dans l'attitude verticale, et il constate qu'il a perdu l'ouïe ; les vertiges et les bourdonnements continuent. Les vomissements disparaissent pourtant au bout de quelques jours. Le diapason n'est pas perçu du côté (lésé) droit ; membrane du tympan et tympan sains. Traité par la pilocarpine, son état s'améliora en cinq semaines : le malade pouvait marcher à l'aide d'une canne. Ajoutons que l'écriture, qui était devenue semblable à celle d'un vieillard, ne présente plus rien de particulier.

M. Noquet a vu beaucoup de cas de vertige de Ménière. Cependant la lésion labyrinthique essentielle, sans complication du côté de la caisse, est très rare.

M. Wagnier a employé dans un cas la quinine avec succès.

M. Noquet regarde ce médicament comme étant très souvent inefficace.

M. Delie. — La pilocarpine détermine de l'amélioration dans la

congestion labyrinthique. La quinine fait disparaître les vertiges.

M. Ekman a vu des guérisons à peu près complètes à la suite des injections de pilocarpine, surtout à une période rapprochée du début.

15. M. Goris.— **Des rapports des empyèmes des sinus avec l'anorexie.** — Il n'est pas sans intérêt d'attirer votre attention sur les rapports des sinusites maxillaire et sphénoïdale avec la santé générale. Ces affections déterminent de l'anorexie, de la diarrhée, des phénomènes d'infection lente, et donnent au sujet un teint terreux. Lermoyez signale aussi une diarrhée opiniâtre. Or, la guérison locale est suivie rapidement de la disparition des symptômes généraux. L'infection s'effectue probablement par absorption *in situ* et par voie stomacale (déglutition). Je traite la sinusite maxillaire par la résection de la paroi antérieure pratiquée dans la position de Rose et sous le chloroforme ; je ne partage donc pas l'opinion de Lermoyez qui regarde l'hémorrhagie comme une contre-indication de l'anesthésie. La guérison n'est pas obtenue en 15 jours, mais en 10 ou 12 mois ; il subsiste une dépression locale considérable, où peuvent se loger deux doigts et qui nécessite les lavages après les repas.

M. Bayer a remarqué que les symptômes généraux disparaissaient avec l'affection.

M. Gouguenheim. — On m'a signalé un cas avec cachexie guéri après la disparition de l'empyème.

16. M. Noquet. — **Un cas de tumeur fibro-cartilagineuse celluleuse et télangiectasique de la cloison.** — Les tumeurs sont rares ; elles comprennent des sarcômes, des fibrômes, des fibro-sarcômes, des papillomes, le nœvus pigmentaire des productions syphilitiques et tuberculeuses, des kystes à grains riziformes, des myxomes. On a aussi rencontré les polypes hémorrhagiques, ou tumeurs sanguines. Leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette ; elles sont de nature bénigne, se rencontrent surtout chez les femmes, et se caractérisent par des hémorrhagies abondantes, et présentent une évolution en quelque sorte « explosive ». La structure histologique varie : angiome, lymphangiome, etc. Mon cas, le seul que j'aie rencontré, se rapporte à une femme âgée de 60 ans ; elle se plaint d'obstruction nasale droite et d'hémorragies depuis quelques semaines ; à plusieurs reprises, la tumeur a saigné très abondamment. Elle est arrondie, lisse, gris-bleuâtre, a le volume d'une noisette et présente une consistance ferme ; elle s'implante

sur le septum par un pédicule cylindrique, de 4 millimètres de largeur, à 1 1/2 cent. de l'angle postérieur de l'orifice de la narine, à la même distance du plancher, donc au niveau de la lame cartilagineuse. Pas de ganglions sous-maxillaires. Diagnostic : polype muqueux. L'ablation a lieu sous la cocaïne à l'aide de l'anse galvanique. Suites simples, pulvérisations de phéno-salyl, cautérisation du pédicule. Il n'y a pas de récidive, bien que l'opération date de 14 mois. Diagnostic histologique : tumeur hypertrophique ayant emprunté les éléments des tissus qui lui ont donné naissance. Par conséquent, outre les angiomes purs, on peut rencontrer sur la cloison des tumeurs mixtes ayant un aspect extérieur assez semblable à celui des polypes muqueux et contenant du tissu angiomateux, mélangé à des éléments histologiques de diverses natures, fibres, cellules conjonctives et même capsules cartilagineuses. Ces tumeurs paraissent moins exposées aux hémorrhagies opératoires que l'angiome pur, récidivent peut-être plus facilement et semblent se transformer, moins facilement aussi, en tumeur maligne.

M. Wagnier demande pourquoi M. Noquet n'a pas eu recours à l'électrolyse.

M. Noquet. — C'est la minceur du pédicule qui m'a porté à croire que le procédé en question devait être préféré, tandis que celui de l'électrolyse est douloureux et demande plus de temps.

M. Gouguenheim.— J'ai opéré sans hémorrhagie plusieurs cas de tumeur de la cloison. Le pansement est pratiqué à la gaze iodoformée. La récidive ne se produit pas.

Signalons enfin les communications suivantes : 17. M. Koch, **un cas de corps étranger des premières voies aériennes.** Un jeune garçon avait une fève dans la bouche; celle-ci disparaît subitement. Accès de suffocation ; trachéotomie le cinquième jour, et expulsion de la fève dans un accès de toux. Dimensions : 11,8 et 6 millimètres ; poids de gr 10. Elle était tombée dans la bronche gauche, ce qui est rare ; 18. M. Rutten, **Excroissance polypeuse de l'amygdale droite**, longue de 2 cent. 1/2; 19. M. Delsaux. **Un cas d'ulcération de la commissure des lèvres** (photographie) ; 20. M. Hennebert, **Épithélioma disséquant de l'oreille** . sur la pièce anatomique, on constate que la tumeur constitue un énorme chou-fleur à la région temporo-pariétale gauche, de 12 centimètres de diamètre et faisant hernie au dehors, et aussi à l'intérieur du volume d'une mandarine.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas des images tympaniques à l'état normal et à l'état pathologique, par A. Politzer (Wilhelm Braumüller, éditeur. Vienne et Leipsig, 1896).

Le nouvel ouvrage du Dr Adam Politzer, le professeur d'otologie bien connu de l'Université de Vienne, qui vient de paraître, est un nouveau témoignage de l'infatigable activité de son auteur et de son zèle incessant pour le progrès de la science otologique.

Nous sommes heureux de pouvoir donner ici un aperçu sommaire de son contenu.

L'ouvrage, comme l'indique son titre, traite de la valeur au point de vue du diagnostic des changements pathologiques de la membrane du tympan. Il est divisé en deux parties :

La première s'occupe de l'anatomie normale et pathologique de la dite membrane et contient l'exposé de toutes nos connaissances acquises sur ce point jusqu'à ce jour.

Elle est ornée de nombreux dessins anatomiques qui relèvent d'autant la valeur de l'exposé scientifique.

La seconde partie renferme l'ensemble de toutes les observations recueillies par l'auteur, au cours d'une pratique de trente-cinq années, sur l'état et l'aspect normal et pathologique de la membrane du tympan.

Dans sa description de l'examen otoscopique, l'auteur nous donne des détails très importants de la technique de l'otoscopie, sur l'emploi du spéculum pneumatique de Ziegle, l'otoscopie intra-tympanique et sur la valeur des grossissements optiques des aspects du tympan.

La description de l'aspect normal de la membrane du tympan constitue une œuvre véritablement classique.

La partie pathologique débute par le chapitre sur les hyperémies et les hémorrhagies de la membrane du tympan, auquel vient s'adjoindre celui sur l'inflammation aiguë et chronique de cette membrane désignée sous le nom de myringites.

Ces chapitres contiennent les observations faites en premier

lieu par Politzer sur la formation des bulles séreuses et hémorrhagiques qui accompagnent fréquemment la myringite aiguë. La fin des affections primaires de la membrane forme le chapitre sur les lésions traumatiques qui offrent de nombreux renseignements au médecin légiste, en lui donnant des indices importants sur l'appréciation légale des dites lésions.

Les chapitres suivant traitent des phénomènes pathologiques qui le produisent dans les différentes formes des affections de l'oreille moyenne.

Le premier de ces chapitres nous donne la description détaillée des changements de la membrane du tympan dans les affections catarrhales de la caisse et relève toutes les anomalies de couleur, de courbure, de transparence du tympan.

Dans le chapitre qui suit, il est question de l'aspect du tympan dans l'otite moyenne aiguë, forme d'affection non accompagnée de perforations de la membrane du tympan.

L'auteur donne ici les signes différentiels et caractéristiques entre cette lésion et celle de la myringite aiguë.

Il démontre aussi que cette affection, dans les degrés les plus intenses, est suivie d'une perforation du tympan avec suppuration de la caisse, et qu'ainsi les deux formes diffèrent au point de vue clinique mais non anatomiquement.

Le chapitre sur l'otite aiguë suppurative fait immédiatement suite au précédent et donne une description très détaillée des aspects du tympan au cours de la suppuration jusqu'au moment de l'occlusion de la perforation par voie de cicatrisation.

Particulièrement étendu est le chapitre qui traite ensuite de l'aspect de la membrane tympanique dans la suppuration chronique de l'oreille.

Déjà dans les chapitres précédents, la description des aspects du tympan est relevée par un grand nombre de dessins coloriés.

Dans cette nouvelle partie l'auteur a mis un soin tout particulier à enrichir le texte d'illustrations plus nombreuses encore et des plus variées.

L'exposé des changements les plus divers, opérés dans le reste de la membrane, sur la paroi interne de la caisse, sur les osselets, par la formation des granulations et des polypes dans la caisse etc., etc., constitue un traité tout à fait classique.

On peut émettre le même jugement sur les chapitres qui traitent de la cicatrisation des perforations et des formes si diverses des adhérences, entre la membrane du tympan, les osselets et les parois de la caisse qui ne sont nulle part exposés

d'une façon étendue et aussi profonde que dans cet ouvrage, dans lequel la doctrine de Politzer repose sur des recherches anatomo-pathologiques personnelles.

Les constatations sur l'état et l'aspect de la membrane du tympan dans les inflammations de l'attique de la caisse et dans les cas de cholestéatomes de l'oreille moyenne, forment le chapitre final de ce merveilleux travail.

Tous ceux qui voudront être renseignées à fond sur ces affections intéressantes et jusqu'à présent peu étudiées, trouveront dans ce chapitre ample matière d'études et de connaissances.

Nous signalons particulièrement à leur attention les chapitres relatifs à l'inflammation aiguë de l'attique externe et aux cholestéatomes dans la caisse tympanique et dans l'attique externe.

Outre les nombreuses vignettes enserrées dans le texte de l'ouvrage sont annexés 14 tableaux contenant 392 dessins coloriés de la membrane du tympan dans l'état normal et pathologique, qui donne à l'ouvrage une valeur toute particulière en regard des autres ouvrages du même genre, car ils ont été peints d'après nature par l'auteur lui-même et reproduits par les procédés artistiques de la chromolithographie.

L'ouvrage forme aussi également un atlas utile, tant pour l'étude que pour l'enseignement clinique, et par conséquent sera le bien venu chez des professeurs d'otologie.

Il est digne en tout point des ouvrages précédents du savant maître et par cela même n'a besoin d'aucune autre recommandation. Dr HIRSCHFELD.

Manuel d'otologie clinique, par MÉNIÈRE (Rueff et Cie, éditeurs, Paris, 1895).

L'ouvrage d'un maître tel que le docteur Ménière ne saurait mieux s'analyser, croyons-nous, qu'en signalant les divers points de sa pratique, basés sur une longue expérience.

Pour l'exploration du conduit et du tympan, il est souvent utile de s'aider d'un verre grossissant tenu à la main; l'otoscope de Brunton lui paraît le plus commode de tous les speculums.

Dans l'examen du tympan, le stylet est recommandable, mais doit n'être confié qu'à une main exercée. Le cathétérisme se fait en un seul temps par le procédé de Triquet; le malade sera assis, le médecin debout au contraire et à droite de son malade, la tête appuyée sur le bras gauche de l'opérateur, ce qui

donne plus de sûreté de main à ce dernier. Pour l'insufflation, M. se sert d'une pompe à air, dont il gradue la force, en se guidant sur l'auscultation. L'exploration de la trompe se fait avec des bougies en gomme de Bénas, et avec une asepsie parfaite ; elle donne les renseignements les plus utiles, et demande seulement beaucoup de patience et une grande légèreté de main « ne jamais forcer l'obstacle ».

Le procédé de Politzer est bien inférieur au cathétérisme ; quant au Valsalva, il est à abandonner.

Pour l'examen de l'audition ; la montre est un procédé infidèle, bien inférieur en clinique à la parole ; quand on pratique l'examen d'une oreille, l'autre doit toujours être hermétiquement fermée.

L'acoumètre de Politzer est préférable à tous pour l'auteur.

Pour les injections auriculaires, M. se sert uniquement de sa pompe, douée d'une grande puissance, et sans danger pour quiconque est prudent.

Les opérations sur le muscle et ligament antérieur du marteau, sur le muscle de l'étrier n'ont jamais donné de résultats appréciables à l'auteur.

L'extraction du marteau et de l'enclume se font par le procédé de Delstanche, dans les anciennes otorrhées, quand les osselets sont cariés.

Pour le massage du tympan, M. recommande la pompe de Delstanche, et l'appareil de Bonnier qui opère la mobilisation par succion directe.

Dans les catarrhes tubaires, l'emploi de la bougie, imprégnée de teinture d'iode, donne d'excellents résultats.

Les otites moyennes purulentes sont toujours polymicrobiennes, et se trouvent bien de la glycérine au phénosalyl à 1/3, et de la glycérine phéniquée qu'il a le premier préconisée en France.

Dans l'otite moyenne aiguë ; commencer par les injections de vaseline liquide iodoformée, et en cas d'insuccès, recourir de suite à une large paracentèse, que l'on peut faire suivre avantageusement de grands lavages de la caisse par le cathéter, s'il existe une sécrétion purulente un peu abondante. Dans l'otite moyenne chronique, les injections de Delstanche sont également utiles ; la paracentèse ne donne que des résultats médiocres et de courte durée.

La maladie de Ménière est décrite avec soin ; le traitement par la quinine à hautes doses et suffisamment prolongé, est le

meilleur. L'auteur insiste ensuite sur le mauvais pronostic de la plupart des manifestations auriculaires de la syphilis acquise et surtout héréditaire. Rien de particulier à propos des tumeurs de l'oreille, sauf l'existence de kystes glandulaires du conduit que M. a traités par l'incision et la cautérisation de la poche.

Un chapitre est consacrée à l'étude du retentissement des affections auriculaires sur l'encéphale et du mécanisme des troubles fonctionnels tels que vertiges, crises épileptiformes.

Citons enfin, à propos de la pathologie du rhino-pharynx, la pratique opératoire des végétations adénoïdes. M. n'emploie jamais l'anesthésie (dangereuse); fait toujours des lavages pré-et-post-opératoires; dans une première séance, enlève les végétations à la pince; dans une deuxième, quelques jours après, se sert de la curette de Lange; et termine enfin par des badigeonnages iodés; résultats excellents. H. Ripault.

Etudes cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie. Leur pratique et leur enseignement actuels en Europe, par R. Botey. 1 liv. in 8°, Madrid, Nicolas Moya, 1896.

Ce fascicule continue l'œuvre magistrale qu'a commencée l'auteur il y a quelques années; avec une observation d'une minutie extrême et un sens critique qui remet au juste point les maîtres et leur réputation, Botey a tracé un tableau remarquable de l'enseignement et de la pratique de nos spécialités en Europe. A l'heure actuelle, c'est une inépuisable source de renseignements et d'études; et plus tard, quand les années en auront emporté l'actualité, ce deviendra un document historique d'une grande valeur qui dira à nos successeurs ce que fut l'otologie et la laryngologie de cette fin du XIXe siècle, où elles naquirent et tant grandirent.

Maintenant Botey nous mène en Belgique, où il consacre à Delstanche et à son arsenal si personnel des pages intéressantes: un vrai clinicien, dit-il, qui, sans s'attarder aux subtilités pathogéniques, va droit au but qui est le traitement: Capart, Bayer ne sont pas oubliés, non plus qu'Eeman à Gand, et Schiffers à Liège.

Vient ensuite une excursion un peu rapide en Suisse, qui n'est qu'un reflet de l'Allemagne au point de vue de nos spécialités: Rohrer, Siebenmann surtout, méritaient mieux que quelques lignes.

Retour vers le Nord: nous entrons en Hollande, l'un des pays

où l'oto-laryngologie a toujours été la plus florissante. Guye, d'Amsterdam, a les honneurs de ce chapitre. Son installation n'est guère supérieure à celles de nos cliniques officielles françaises : rien qu'une policlinique externe, sans assistant titulaire et, pour les grandes opérations, il lui faut emprunter le personnel et les salles du chirurgien d'à côté, le Dr Kortaveg. Comme il y a loin de là au confortable des chirurgies allemandes, de la chirurgie otologique de Halle par exemple! Or, dans notre spécialité, ce sont les bons outils qui font les bons ouvriers.

Plus au Nord encore : Nous voici à Copenhague avec Schmiegelow, car Meyer est mort. Puis deux mots, un peu écourtés, sur la Scandinavie ; et l'ouvrage nous conduit pour finir en Russie, à Moscou où Stanislas van Stein en 1893 a inauguré la première clinique spéciale oto-laryngologique qui ait existé en Russie grâce à la libéralité de Mme Julia Bazanoff. Et pour finir, la Pologne avec Heryng, trop connu des lecteurs des Annales, pour qu'il soit nécessaire de le leur présenter.

L'auteur nous promet encore un fascicule sur les spécialités en Italie, en Espagne et aux Etats-Unis. Ce sera le dernier de la série.

M. Lermoyez.

Les affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe, par Joh. Habermann (de Graz) (*Klinische Vorträge aus dem. Geb. der. Otol. Phar., 9, 1896*).

Revue complète de toutes les manifestations de la syphilis acquise ou héréditaire sur les différentes parties de l'oreille ; pour les accidents rares, comme le chancre de l'oreille, l'auteur cite toutes les observations connues. Sur 116 cas de syphilis de l'oreille observés par l'auteur, trois seulement concernaient l'oreille externe, 38 l'oreille moyenne seule ou avec prédominance, souvent avec participation du labyrinthe, 66 cas présentaient des lésions dominantes ou exclusives du côté de l'oreille interne ; les observations de l'auteur n'ajoutent d'ailleurs pas de données nouvelles au point de vue du diagnostic, ni de l'anatomie pathologique. Quant à la syphilis héréditaire l'auteur n'a trouvé que treize otites de cette origine sur 6000 affections quelconques de l'oreille, chiffres à noter à côté de ceux de Hutchinson pour qui 10 % des syphilitiques héréditaires seraient sourds. Ces leçons cliniques se font surtout remarquer par les recherches bibliographiques fort complètes.

M. N. W.

Des exostoses du conduit auditif externe, par E. BRAUNBERGER. (Thèse de Strasbourg 1896).

Revue générale de la question et trois observations inédites, incomplètes, d'ailleurs. Il résulte de ces trois cas que la présence des exostoses peut, dans quelques cas, en causant la rétention du pus en cas d'otite chronique, être une indication formelle à leur ablation; d'autres fois l'otite est guérie, les troubles de l'ouïe acquis définitivement et l'opération inutile; parfois enfin la présence des exostoses ne cause aucune espèce de gêne.

M. N. W.

Du traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements, par MOURE (Bordeaux, 1896).

On a tenté d'améliorer surdité et bourdonnements des scléreux ou des malades atteints d'otite sèche avec ostéite ou ankylose de l'étrier par des opérations intra-tympaniques.

L'étrier, en rapport immédiat avec le labyrinthe, est naturellement l'osselet auquel on s'est attaqué le plus volontiers.

On a à peu près abandonné la mobilisation de Kessel et de Miot; et on a enlevé l'étrier (Botey, Schwartze, Blake, Garnault, Kessel) avec des résultats des plus variables.

La stapédectomie est reconnue à peu près inutile dans la sclérose (processus fatalement envahissant), dans les otites sèches, les résultats obtenus sont encore trop récents pour conclure.

Dans bien des cas, l'opération n'a eu aucune influence heureuse sur l'audition; dans quelques-uns, elle a provoqué des vertiges; des accidents ont été signalés : blessure du facial au niveau de la fenêtre ovale; enfoncement de la platine dans le vestibule; l'opération par le conduit est difficile à bien conduire, et très souvent on sera obligé de recourir au Stacke pour bien voir ce que l'on fait.

En présence de ces considérations, l'auriste doit être actuellement très réservé pour ces opérations, surtout la stapédectomie, dans les otites sèches, en dehors des cas nets cependant où il existerait des adhérences post-otorrhéiques. H. RIPAULT.

Lymphangites péri-auriculaires simulant la mastoïdite, par FAVRAUD (Thèse de Paris. juillet 1895).

Par un court aperçu anatomique, l'auteur nous montre les

lymphatiques de toute l'oreille externe aboutissant aux ganglions prétragiens, parotidiens et mastoïdiens.

Ces derniers reçoivent les vaisseaux de la région pariétale postérieure, occipitale, de la paroi postérieure du conduit, enfin du pavillon.

Les lésions traumatiques et pathologiques de ces diverses régions nous expliqueront les lymphites et adénites mastoïdiennes. Parmi les causes auriculaires principales, à signaler : la furonculose, l'eczéma, l'herpès ; les infections des téguments du conduit par plaies, corps étrangers, par irritation due à un écoulement purulent.

Symptomatologie. — C'est très souvent au début celle du furoncle, avec ses douleurs spontanées, par pression devant le tragus, par redressement du pavillon, et surtout par contact du stylet ; s'accompagnant même de torticolis et d'arthrite temporo-maxillaire légère, remarquable enfin par l'extrême fréquence des récidives.

La furonculose se complique souvent d'otite externe diffuse, et de lymphangite rétro-auriculaire.

Dans ce cas, les troubles fonctionnels et généraux s'accentuent ; dans la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire, on trouve de la douleur, une coloration rosée et un œdème mou des téguments ; la douleur augmente manifestement à la pression, et l'on constate la tuméfaction nette d'un ou plusieurs ganglions.

Il y a résolution ou formation rapide d'un abcès circonscrit, de guérison rapide.

S'il y a adéno-phlegmon suppuré, on constate alors le ramolissement des ou du ganglion ; avec empâtement étendu, mais superficiel, et indépendant du sillon mastoïdo-auriculaire et du pavillon.

Telle est la marche de la lymphangite et de l'adénite mastoïdiennes.

Diagnostic. — *Furonculose.* — Symptômes locaux nets dans le conduit, pas ailleurs ; se distingue ainsi de la mastoïdite ; quelques cas cependant sont difficiles.

Lymphangite péri-auriculaire se différencie de l'érysipèle par l'absence du bourrelet d'envahissement, le respect du pavillon ; l'absence de phlyctènes ; enfin l'acuité bien moindre des troubles généraux.

Dans la mastoïdite, il y a d'abord de la douleur profonde, à localisation franchement osseuse ; puis de l'œdème, enfin la rougeur vive avec la fluctuation.

Le sillon est effacé ; la paroi postérieure et supérieure du conduit est procidente.

La douleur est surtout éveillée par une pression perpendiculaire à la surface de l'os, et à la base de l'apophyse en particulier.

Adéno-phlegmon sans lymphangite diffuse. — Difficile à différencier de la mastoïde devenue extérieure, si le foyer siège, non à la base, mais vers la pointe ; rechercher la marche des accidents ; l'engorgement ganglionnaire.....

Après incision, l'exploration de l'os renseigne exactement.

Cas complexes. — Une inflammation rétro-auriculaire coexiste avec une otorrhée. On doit alors rechercher avec soin le point douloureux maximum, les foyers ganglionnaires douloureux, les furoncles antérieurs..... RIPAULT.

Adénoïdite aiguë primitive, par LAUR (Thèse de Toulouse, 1896).

Étiologie, Pathogénie. — La porte d'entrée de l'infection est double : voie nasale, par stagnation des mucosités que l'enfant ne sait pas expulser, et absence de vibrisses protectrices contre les poussières et impuretés extérieure ; cavité buccale où pullulent les microbes.

Comme agents provocateurs : les maladies infectieuses, et le refroidissement. Le microbe pathogène présente les plus grandes variétés individuelles.

Symptomatologie. — Le début est celui d'une maladie infectieuse : pyresie ; troubles gastro-intestinaux, et phénomènes nerveux graves en apparence.

Plus importants sont les troubles fonctionnels : enchifrènement, s'accompagnant de dyspnée ; respiration buccale ; nasonnement ; quintes de toux ; otalgie, union bilatérale, sans phénomènes otoscopiques.

A la rhinoscopie antérieure : congestion de la pituitaire.

A l'examen buccal : paroi postérieure du pharynx rouge et tapissée de mucosités purulentes.

Catarrhe habituel de l'isthme du gosier.

La rhinoscopie postérieure, ordinairement impraticable, montrera la région de l'amygdale très congestionnée, tuméfiée, recouverte d'un épais conduit muqueux et visqueux.

Le toucher ne doit être pratiqué qu'après désinfection de la cavité, et avec des précautions toutes spéciales d'asepsie et de

douceur ; il montrera une tumeur rénitente, lisse, et très sensible au toucher.

A la palpation, on trouve les ganglions angulo-maxillaires et rétro-sterno-mastoïdiens tuméfiés, et douloureux.

Complications. — Complications viscérales infectieuses diverses, possibles, mais très rares. Catarrhe aigu de la trompe, aboutissant parfois à l'otite moyenne. Troubles laryngés, inflammatoires et spasmodiques.

Troubles nerveux divers, locaux ou irradiés, par voisinage immédiat du plexus pharyngé.

Passage à l'état chronique ; créant l'hypertrophie de l'amygdale.

Diagnostic. — Basé sur l'examen physique, joint aux troubles fonctionnels, accompagnés d'état général fâcheux.

Éliminera : le coryza aigu ; l'otite aiguë, l'abcès rétro-pharyngien, l'amygdalite palatine ; la simple hypertrophie de l'A. pharyngée.

Anatomie pathologique. — Tissu adénoïde infiltré d'éléments embryonnaires ; glandes gorgées d'exsudats ; cellules lymphatiques et parois vasculaires hypertrophiées, avec altérations de l'endothélium.

Marche. Terminaison. — Durée moyenne : Une ou deux semaines ; un ou deux mois dans cas subaigus. Terminaison favorable ; pronostic réservé à cause de l'otite suppurée possible ; et des rechutes créant l'hypertrophie chronique du tissu adénoïdien.

On aurait signalé des adénoïdes phlegmoneuses.

Traitement. — 1°) Prophylactique. — Pommade nasale antiseptique, et collutoires, chez tous les enfants atteints de maladies infectieuses.

2°) Local. — Irrigation tiède à la résorcine à 1 °/₀, faite de préférence par le médecin ; douches sèches à l'aide d'une petite poire par les parents eux-mêmes.

Pommades antiseptiques : résorcine, menthol, aristol. Insufflations avec canule longue et fine.

Dans les cas de narines étroites (petit enfants) ; instillations : glycérine mentholée.

Badigeonnages du cavum avec la glycérine mentholée à 1 0/0 ou résorcinée à 2 °/₀.

Les douches pharyngiennes sont ordinairement plus pratiques que les gargarismes.

L'ablation des végétations ne sera faite que si leur volume, et

de fréquentes récidives, l'impose, et toujours en dehors de toute crise.

3o) Général. — Antithermiques, et antiseptiques internes (salol, benzoate de soude). Dr RIPAULT.

Traité de laryngologie et de rhinologie, sous la direction de PAUL HEYMANN, privatdocent à Berlin (édit. Hölder, Vienne, 1896).

Ce nouveau traité sera rédigé par un grand nombre de spécialistes, il comprendra trois volumes : le larynx et la trachée, le pharynx; le nez, mais les fascicules des différents volumes paraîtront simultanément.

Le premier fascicule contient d'abord l'histoire de la laryngologie et de la rhinologie par MM. Heymann et Kronenberg. Vient ensuite l'article du Prof. Zuckerkandl sur l'anatomie et le développement du larynx et de la trachée, mais le fascicule s'arrête à l'anatomie topographique de la cavité du larynx. L'anatomie descriptive très détaillée, riche en figures originales, diffère par bien des détails, des descriptions classiques de nos traités d'anatomie; elle est des plus instructive. M. N. W.

Le médecin du chanteur (Der Gesangarzt), par G. AVELLIS (Vol. de 68 pages, cartonné à l'anglaise, F. Alt, éditeur, Francfort s/Main, 1896).

Ce petit ouvrage, spécialement destiné aux artistes et aux professeurs de chant ne contient, aux points de vue anatomique et physiologique, rien qui puisse intéresser nos lecteurs.

Le Dr Avellis se borne à donner des notions d'hygiène vocale déjà popularisées par les innombrables ouvrages ayant traité cette matière.

En résumé rien de nouveau. A. G.

Spasme tonique des dilatateurs de la glotte, par CARMELO ABATI (Catane, 1895).

L'auteur a étudié certains cas cliniques dans lesquels on constate une complète immobilité des cordes vocales qui restent rapprochées dans les inspirations profondes et font penser d'abord à une paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

Après en avoir donné quatre observations intéressantes, il développe le côté physiologique de ce sujet non encore bien connu.

Faut-il admettre un spasme glottique inspiratoire, ou un spasme des abducteurs ? La contracture atteint-elle seulement les abducteurs, ou tous les muscles endo-laryngés y participent-ils ? Au lieu du spasme des dilatateurs n'y a-t-il qu'une inactivité passagère ?

L'auteur termine l'examen de ces diverses questions en concluant qu'on est autorisé tout au moins à admettre le fait d'une excitation ayant son origine dans la zone corticale ou un autre point de l'encéphale, et se propageant des fibres sensitives du vague à ses fibres motrices et à l'accessoire de Willis, déterminant par voie réflexe le spasme tétanique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. H. DU F.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

De la perception des ondes sonores chez les poissons, par S. Kreidl. Communication faite au Club physiologique de Vienne, le 5 novembre 1895 (*Wiener klin. Woch.* 1896, p. 360).

Les poissons n'ayant pas de limaçon, leur oreille étant considérée actuellement comme organe d'équilibre et la plupart des poissons étant muets, l'auteur a cru intéressant de rechercher si ces animaux étaient réellement sourds. De nombreuses expériences sur les poissons rouges ont montré qu'ils ne réagissaient à aucune espèce de son produit dans l'air ou dans l'eau de leur aquarium ; ils ne perçoivent que des bruits violents tels qu'un coup de pistolet, un claquement des mains, mais c'est là une secousse qui impressionne l'ensemble de l'organisme, la peau en particulier ; les poissons auxquels on a enlevé le labyrinthe se comportent en effet à ce point de vue absolument comme ceux dont l'excitabilité est accrue par la strychnine. Les poissons rouges sont sourds.

M. N. W.

Otite externe de nature syphilitique, avec carie du conduit auditif externe, par C. GONZALEZ. (*Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia*. 7ᵉ année, n° 63, mars 1896).

Homme de 30 ans, atteint cinq ans auparavant d'un chancre induré suivi d'accidents secondaires ; depuis lors, pas d'accidents spécifiques grâce à un traitement bien suivi.

Se plaint d'une affection de l'oreille dont il fait remonter le début à quatre ans : sensation douloureuse dans l'oreille gauche, surtout augmenté par les mouvements de mastication. La peau du conduit est rouge et tuméfiée : au niveau de sa partie profonde contre l'anneau tympanal, vers la paroi postéro-inférieure est une masse grisâtre d'où la curette ramène un *sequestre ;* celui-ci met à découvert une ulcération profonde qui, en une douzaine de jours, guérit par le sirop de Gibert.

L'auteur fait remarquer que les ulcérations des conduits quand elles ne sont pas produites par une otorrhée ancienne, ni supportées par une tumeur, doivent éveiller dans l'esprit du spécialiste l'idée de syphilis. M. LERMOYEZ.

Sur la prétendue action de la vaseline liquide injectée dans la caisse du tympan, par L. SUÑÉ (*Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia*, 6ᵉ année, n° 57 et 58, p. 237. Septembre et octobre 1895).

L'auteur n'est point partisan du traitement de Delstanche par les injections massives de vaseline liquide. Il n'en a obtenu aucun résultat dans le cas d'otite sèche où il les a essayées ; une fois, l'audition s'améliora chez un malade dont le tympan était immobilisé par une bride cicatricielle consécutive à une ancienne otorrhée : mais il fallut seize injections pour arriver à ce résultat, qui aurait été bien plus vite obtenu à l'aide d'une synéchotomie. De plus, ce traitement est pénible ; l'inondation de la caisse par la vaseline laisse dans l'oreille du malade une sensation de plénitude qui l'incommode pendant plusieurs heures.

Il est vrai que Suñé n'emploie pas la même technique que Delstanche ; là peut être la cause de cette divergence d'opinion. Delstanche recommande d'injecter deux grammes d'huile de vaseline dans l'oreille moyenne. Suñé n'y instille que vingt gouttes : car, comme la capacité de la caisse du tympan est au plus de un centimètre cube il ne voit pas la nécessité d'introduire dans la trompe un excès de vaseline qui reflue dans la gorge du malade et l'impressionne désagréablement. M. LERMOYEZ.

Un cas de larves vivantes dans l'oreille sans suppuration antérieure, par C. Braislin (*Arch. of otology*, n° 1, janvier 1896).

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans qui fut pris brusquement de douleurs vives dans le conduit, et chez lequel un lavage fait après l'exposition à des vapeurs de chloroforme, amena facilement cinq petites larves de deux millimètres environ. L'auteur pense qu'il s'agissait de larves de la *Lucilia macellaria*, mais n'a pu les faire éclore. Il insiste sur l'absence de suppuration antérieure et attribue le dépôt des œufs chez son malade à ce fait qu'il avait un ozène dont l'odeur avait du attirer l'insecte.

M. LS.

Traitement des polypes et granulations de l'oreille, par Pritchard (*Arch. of otology*, n° 1, janv. 1896).

Dans cette courte note, M. Pritchard insiste surtout sur les précautions antiseptiques à prendre. Trois ou quatre jours avant l'opération, il faut laver trois fois par jour avec une solution d'acide phénique à 2,5 °/₀. Le matin de l'opération, lavage soigneux de l'oreille avec l'eau phéniquée à 5 °/₀, injection de la solution à 2,5 °/₀, instillation de quelques gouttes de la solution à 5 °/₀ que l'on maintient en place quelques minutes, si elle est bien supportée. L'ablation est faite avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses; après l'ablation et le curetage, nouvelle injection avec la solution faible et tamponnement avec la gaze au cyanure double.

En règle générale, le pansement doit être fait tous les deux à trois jours et le plus souvent sans lavage et la guérison est complète en sept à huit jours. S'il persiste un peu d'écoulement séro-muqueux, faire des instillations d'alcool.

M. LS.

Carie des osselets, par Orne Green, (*Boston City. Hosp. med. and. surg. rep.*, 1895).

Orne Green rapporte un total de soixante opérations pour ablation des osselets cariés : le marteau fut extirpé soixante fois et l'enclume cinquante-deux fois. La technique opératoire de l'auteur ne présente rien de particulier : l'opération est faite dans la position assise après narcose à l'éther. Il recommande l'emploi de la curette de Ludewig après excision de l'enclume pour bien débarrasser l'attique des débris épidermiques et des granulations.

Sur ces soixante cas, vingt-six furent suivis près d'un an : huit étaient absolument secs, neuf continuèrent à donner de petites croûtes et neuf autres, renvoyés après guérison apparente, recommencèrent à suppurer comme auparavant.

Grunert, en rendant compte de ce travail dans l'*Archiv für Ohrenheilkunde* (Band 40, Hft 1) donne comparativement la statistique de Orne Green et celle de la clinique de Halle en ce qui concerne le siège de la carie.

		Orne Green	Clinique de Halle
Marteau	Tête	60 %	32 %
	Manche	50 —	25 —
	Col	48,3 —	14 —
	Surfaces articulaires	31,7 —	7 —
	Courte apophyse	13,3 —	— —
Enclume	Longue branche	100 —	72 —
	Corps	84,6 —	46 —
	Courte apophyse	40,6 —	43 —
	Surfaces articulaires	28,8 —	29 —

M. LS.

Hémorrhagie de l'artère carotide par nécrose de l'oreille moyenne, par R. Albe (*Arch. of otology*, n° 1, vol XXV, janvier 1896).

Un enfant de 2 ans et demi est amené avec une otite purulente gauche et, le troisième jour, pendant son sommeil, on s'aperçoit d'une hémorrhagie auriculaire qui a inondé son lit et ses vêtements. Un tamponnement à la gaze arrête cette hémorrhagie. Le lendemain une opération montre que l'apophyse mastoïde, la paroi du sinus, la fosse cérébrale moyenne ne présentent aucune trace d'affection quelconque. Il n'existait qu'un point nécrosé dans la cavité tympanique qu'on sentait par le conduit au moyen d'une sonde, manœuvre qui, d'ailleurs, ramena l'hémorrhagie.

Quatre jours après l'hémorrhagie, songeant toujours à une hémorrhagie provenant du sinus latéral, Albe lia la jugulaire et alla introduire un tampon dans le sinus, celui-ci ne contenant pas de caillot. L'enfant succomba 36 heures plus tard.

A l'autopsie, la veine jugulaire et le sinus contenaient un caillot normal. Par contre, la carotide était remplie par un caillot septique (avec embolie ayant déterminé un abcès (?) dans les circonvolutions occipito-pariétales) et présentait au niveau de sa courbure une érosion occupant le tiers de sa circonférence, en rapport avec un petit séquestre détaché de l'oreille moyenne.

M. LS.

Abcès cérébelleux par otite moyenne purulente, par Woodward (*Arch. of otology*, n° 1, janvier 1896).

Ce cas concerne un jeune garçon de 13 ans qui avait eu une mastoïdite deux ans auparavant : il est remarquable par l'absence de tout symptôme objectif ou subjectif sauf un peu de céphalalgie tout à fait à la fin. Le lobe gauche du cervelet l'otite était du même côté était transformé en une cavité purulente avec membrane pyogénique d'aspect relativement ancien. M. LS.

Contribution à l'étude des complications endocrâniennes des otites, par Gradenigo de Turin (*Archivio italiano di otologia, rinologia e laryngologia*, fasc. I, 1896).

Continuant ses recherches sur les complications endocrâniennes des otites moyennes purulentes, M. le prof. Gradenigo donne dans cet article la relation de deux nouvelles observations.

La première a trait à un enfant de 10 ans atteint d'otite moyenne purulente chronique gauche. En juillet 1895, mastoïdite avec abcès sous périosté, qui est ouvert ; en septembre, apparition de phénomènes méningitiques.

Cet enfant entre à la clinique en octobre 1895. On constate alors une lordose lombaire avec opisthrotonos.

Une première opération suivie d'amélioration passagère, puis une seconde un mois après sont d'abord pratiquées. Enfin, une troisième intéressant le sinus transverse ne donne pas de meilleurs résultats. Les symptômes méningitiques persistent quoique la ponction de Quincke ait donné un résultat négatif. L'enfant meurt le 8 décembre. Malheureusement l'autopsie ne peut être faite.

La deuxième observation a trait à un enfant de 11 ans, atteint d'otite moyenne aiguë gauche, sans perforation, survenue à la fin d'une fièvre typhoïde.

On peut constater une mastoïdite avec abcès extradural périsinuso consécutif, qui fut opéré avec succès.

L'enfant guérit complètement. HAMON DU FOUGERAY.

Abcès intra-crânien lié à une otite moyenne. Guérison, par F. Haydon (*Brit. med. journ.*, 1896, p. 726).

Garçon de 13 ans, atteint d'otite moyenne gauche depuis la

première enfance et de phénomènes cérébraux depuis quinze jours : céphalalgie, nausées, somnolence, mydriase, névrite optique plus accusée à gauche ; ni paralysies ni contractures ; décubitus latéral droit avec flexion des membres.

La trépanation de la mastoïde gauche donne un peu de pus fétide, puis au moment où on agrandit l'ouverture il arrive un flot de pus à jet pulsatile ; l'opéré se trouve mieux, mais il garde le décubitus latéral droit et de la mydriase à gauche ; huit jours plus tard, en explorant la plaie on obtient un nouveau flot de pus fétide, après quoi la convalescence marche rapidement, de sorte que la plaie est cicatrisée un mois plus tard et l'enfant reprend son métier quelques semaines plus tard. La première ouverture, d'un demi-pouce de diamètre répondait en avant aux cellules mastoïdiennes, en arrière à la gouttière latérale ; à la seconde intervention un tunnel fut établi de la plaie mastoïdienne au conduit auditif externe. Le siège de l'abcès était probablement le cervelet ; peut-être, si la sonde et les drains inclinaient vers le haut, était-il dans le lobe temporo-sphénoïdal.

M. N. W.

Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement chirurgical de certaines formes de surdité, par Garnault (*Bulletins de la soc. de biologie*, 1896, p. 434).

Par des expériences faites sur des organes auditifs de quelques animaux (mouton ou lapin), le Dr G. cherche à démontrer, à l'appui de ses idées sur la guérison de la surdité chronique, le rôle prépondérant de l'étrier dans la transmission des ondes sonores, mais pour atteindre cette région de l'étrier, il est difficile, dit-il, de pratiquer l'opération par les voies naturelles, sans intéresser le conduit dans la partie la plus rapprochée du tympan ; car cette région de l'étrier et de la fenêtre ovale, s'il faut en croire les recherches sur de nombreux crânes faites aux laboratoires de Paris, est absolument invisible et, par conséquent, inattaquable à l'œil nu. Le Dr G. prétend que l'arrachement de l'étrier et la pénétration dans le vestibule soit tout à fait innocents chez quelques animaux et l'homme et ne peuvent jamais avoir aucune action sur le sens de l'auditon. Dans la présentation, il affirme que quelques malades opérés par lui de la mobilisation de l'étrier d'après sa méthode, ont obtenu des résultats sensibles, même au bout de quelques mois d'observation, et il apporte à l'appui de ses affirmations l'observation de deux ma-

lades atteints, l'un de sclérose chronique et l'autre d'une otite purulente chronique très ancienne : chez ces malades, l'amélioration présentait plutôt une tendance à augmenter qu'à diminuer. Ces malades entendraient nettement à 15 ou 20 mètres la voix articulée ordinaire. A. G.

Surdi-mutité d'origine probablement syphilitique, par GRANCHER (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*. Tome 67, p. 250, 10 avril 1896).

Un enfant de cinq ans, d'intelligence et de développement normaux, est atteint de surdité provenue sans aucun phénomène apparent du côté de l'oreille ; peu après l'enfant devint sobre de paroles, s'exprimant par gestes. Au bout de deux années la surdité était complète : la mutité la suivrait à distance et ce n'est que plusieurs mois après la perte complète de l'ouïe que l'enfant devint muet. En même temps l'intelligence et la mémoire ont baissé, le caractère est devenu irritable. G. attribue cette surdité à une atrophie du nerf auditif, comparable à certaines atrophies du nerf optique ; ces atrophies auditives, rares il est vrai, ont dû être signalées dans la syphilis héréditaire. M. LERMOYEZ.

Guérison durable par l'opération dans un cas de surdité et de bourdonnements, par S. SEXTON (*Med. Record*. 1896, p. 134).

S. Sexton a présenté à la Practitioners Society of New-York un malade opéré par lui en novembre 1887 pour une surdité et des bourdonnements qui l'avaient obligé à suspendre tout travail. La cause était un catarrhe progressif de l'oreille moyenne. Le tympan et le marteau furent réséqués à droite, du côté atteint. L'audition s'éleva de dix pouces à deux pieds et demi et les bourdonnements disparurent.

En novembre 1895, audition restée satisfaisante à droite, l'ouverture du tympan a bien persisté. Mais le côté gauche s'est pris peu à peu. Toutefois, comme il s'agit d'un affaiblissement auditif unilatéral sans bourdonnements, la situation est bien meilleure qu'en 1887. A. F. P.

Troubles de l'équilibre dans les affections de l'oreille, par STAN. von STEIN, de Moscou (*Arch. of otology*, Vol. XXV, n° 1, janvier 95).

Von Stein a fait un nombre considérable d'expériences sur des sujets sains et des malades d'oreille, relativement à l'énergie

musculaire des membres inférieures les yeux étant ouverts ou clos.

Il a divisé ses recherches en deux groupes suivant qu'il s'agissait d'énergie statistique ou dynamique. Dans le premier il a fait rentrer les résultats obtenus dans la station debout, les jambes rapprochées et les genoux raidis, sur la plante des pieds, sur les orteils, sur l'une ou l'autre jambe, sur une surface horizontale ou sur un plan incliné. Il a fait construire un instrument spécial, le goniomètre, destiné à mesurer des déviations de la ligne verticale dans ces différents cas.

Les observations relatives à l'énergie dynamique ont été faits en marchant en avant et en arrière, sautant sur les deux pieds ou sur une jambe, en tournant autour de l'axe vertical, etc.

La conclusion de l'auteur est que les troubles statiques doivent faire penser à une affection du saccule et de l'utricule ; les troubles dynamiques (avec nystagmus), à une lésion de l'appareil ampullaire.

Au point de vue du pronostic, plus les troubles de l'équilibre sont marqués, permanents et variés dans une affection périphérique de l'oreille avec perte de l'ouïe, moins il y a de chance pour le retour de la fonction à l'état normal.

Il y a lieu de faire remarquer qu'on peut attribuer à un début d'ataxie locomotrice beaucoup de petits signes d'incoordination motrice, comme ceux qui se produisent en passant de la position assise à la station debout, en se tenant sur un pied, en s'arrêtant brusquement au milieu de la marche, en descendant un escalier, qui pourraient parfaitement s'expliquer par une affection du labyrinthe. Il s'agit d'une véritable *asynergie musculaire labyrinthique*.

Les troubles déterminés par les lésions du labyrinthe, peuvent rester isolés, (surdité seule, bourdonnements, etc.), ou se combiner de diverses façon (vertige de Ménière). Von Stein, indique comme combinaisons non encore décrites les deux suivantes : 1° Bourdonnements d'oreille avec troubles de l'équilibre dans un sens déterminé avec ou sans diminution de l'ouïe, sans vertige, nausées ni vomissements ; 2° Bourdonnements d'oreille, abaissement de l'ouïe, d'intensité variable, chute sur le sol, lorsque les yeux sont fermés, mais sans vertige, nausées ou vomissements, sans perte de connaissance et avec intégrité de la sensibilité cutanée de la force et du sens musculaire. Vingt-deux observations très détaillées et étudiées terminent cet intéressant mémoire.

M. LS.

II. — *NEZ ET SINUS*

De l'influence que les maladies de l'appareil cardio-vasculaire peuvent exercer sur la circulation des voies aériennes supérieures, par F. Rueda. (*Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia*, 6e année, n° 59 et 60, novembre et décembre 1895).

Trois observations des plus intéressantes qui montrent l'importance qu'il y a pour le spécialiste à ne pas se borner à être un manœuvre qui applique localement sur un seul organe des topiques plus ou moins routiniers, mais à être en même temps un bon clinicien général, et à savoir interroger tout l'organisme pour lui demander les explications d'un état local difficile à interpréter.

I. Femme obèse de 40 ans, vient consulter l'auteur pour une dyspnée croissante et une aphonie accompagnée de chatouillement laryngé contre laquelle ont été essayés en vain les remèdes usuellement dirigés contre les catarrhes laryngés. Le miroir montre une rougeur vineuse de toute la cavité laryngée : or, la cyanose du lever, la faiblesse et l'irrégularité du pouls appellent l'attention sur le cœur : on découvre alors une insuffisance mitrale non compensée. Pour expliquer l'aphonie il faut donc admettre une stase veineuse dans le larynx avec parésie musculaire par asphyxie locale. Le traitement du cœur par la digitale fait disparaître en 48 heures l'aphonie ; et l'image laryngée reparaît normale.

II. Femme de 45 ans, se plaignant de raucité de la voix et de gêne dans la gorge ; la voix est gutturale, la respiration courte. L'examen de la gorge montre sur la paroi postérieure du pharynx une tuméfaction molle, pâle, d'aspect œdémateux venant au contact du voile et de la base de la langue. Dans le larynx on note une tuméfaction semblable de la bande ventriculaire droite, et en même temps une parésie de la corde vocale correspondante, sise en position cadavérique. Or en examinant le thorax on découvre l'existence d'un anévrysme de la crosse aortique qui, comprenant le récurrent droit (?) et les veines jugulaires, provoque à la fois de l'œdème pharyngien et de la parésie du larynx. L'administration de teinture de strophantus fait disparaître en moins de huit jours cet œdème ; mais la disphonie persiste.

III. Femme de 50 ans, est atteinte d'hémoptysie et d'épistaxis peu abondants mais répétés. La muqueuse nasale est sèche, brillante et saigne au moindre contact du stylet : dans le larynx, dis-

séminés sur toute la muqueuse mais avec prédominance au niveau des cordes vocales, sont de petits caillots adhérents, nés sur place.

A l'examen du thorax on trouve une aortite chronique avec ectasie de l'aorte ; il y a, de plus, un athérome généralisé. On peut donc expliquer ces hémorrhagies nasale et laryngée par la friabilité excessive des vaisseaux de la muqueuse ; il s'est produit à la surface de petits foyers d'extravasations sanguines analogues à ceux qui, chez de tels malades, se montrent habituellement dans le poumon ou le cerveau. M. LERMOYEZ.

Un cas de rhinolithes multiples chez une enfant de douze ans, par E. MALIOUTINE (*Med. Obozrenié*, 1866, n° 5).

Début des accidents trois ans auparavant : gêne de la respiration nasale, épistaxis, troubles du sommeil. On découvre dans la narine droite trois rhinolithes, dont l'ablation est laborieuse. Aucun d'eux ne contient de corps étrangers au centre. M. LERMOYEZ.

Sur l'étiologie de la rhinite chronique atrophique, par BAUROWICZ (Przeglad Lekarski, 1895, n° 46).

L'auteur étudie la bactériologie de l'ozène. Sur quinze cas de rhinite atrophique observés par lui, sept fois il existait de la fétidité : et, dans ces sept cas, se trouvaient des bacilles encapsulés analogues à ceux décrits par Löwenberg, Abel et Paulsen. Dans les fosses nasales saines, ou atteintes d'affections diverses, ces microbes étaient toujours absents : B. différencie nettement le bacille de Löwenberg du diplobacille de Friedlander ainsi que du bacille de Von Frisch, qui caractérise le rhinosclérone : celui-ci a, sur les milieux de culture, une grande ressemblance avec les microbes de l'ozène ; mais sa virulence pour la souris est moindre. L'auteur, qui n'a pas attribué à ces microbes la fétidité de l'ozène, puisque celle-ci est très marquée dans la rhinite syphilitique tertiaire où ils manquent, propose de donner au microbe de Löwenberg le nom de *bacillus capsulatus rhinitidis atrophicæ :* ce nom ne préjuge rien quant à ses fonctions odoriférantes. M. LERMOYEZ.

Sur la sérothérapie dans l'ozène, par GRADENIGO (de Turin) (*Archivio italiano di otologia, rinologia et laringologia*, 2e fasc. 1896).

A la suite de la communication des Drs Belfanti et Della Vedova sur le traitement de l'ozène par les injections de sérum anti-

diphtéritique, le Prof. Gradenigo a pris la parole à la séance de l'Académie royale de médecine de Turin (27 mars 1896). Il a lui-même expérimenté cette méthode depuis peu sur 14 malades atteints d'ozène vrai. Sur ces 14 malades, cinq sont en traitement depuis trop peu de temps pour que l'on puisse les faire entrer en ligne de compte. Il en reste donc neuf, dont cinq ont été examinés par le Dr Belfanti au point de vue bactériologique et chez lesquels le nouveau bacille a été constaté.

De ces neuf malades, le premier est en traitement depuis 61 jours et le dernier depuis 27 jours.

La dose maxima d'unités immunisantes injectées par malade a été de 17450 et la dose minima de 6000. Le nombre des injections par malade a varié de 6 à 17.

Ces injections ont été faites tous les deux jours, rarement tous les jours et plus tard quand on injectait à la fois 1 500 unités immunisantes, seulement une fois par semaine. Dans ces derniers temps, sur les conseils du Dr Belfanti, les injections de 1 500 unités immunisantes ont été pratiquées tous les deux jours.

Ces injections ont été faites sous la peau de la région dorsale. Dans trois cas seulement on a observé divers accidents légers disparaissant rapidement en un ou deux jours, tels que érythème, gonflement au niveau de la piqûre, fièvre, engorgement ganglionnaire.

Jusqu'à ce jour le Prof. Gradenigo n'a pu constater de guérison complète. Tous les malades ont été cependant plus ou moins améliorés. Il a vérifié toutefois l'exactitude des faits signalés par les Drs Belfanti et Della Vedora en ce qui concerne les phénomènes réactionnels locaux produits sur la muqueuse nasale par l'action élective et spécifique du sérum. H. DU F.

De l'électrolyse des queues de cornet, par P. HÉLOT (*Arch. internat. de laryng., d'otol., et de rhinol.*, mars-avril, 1896).

M. H. se trouve très bien de ce mode de traitement et indique la manière de l'appliquer. Il y a recours systématiquement et s'en sert non pour *mortifier* et pour *modifier* ces tumeurs.

Après cocaïnisation, il introduit dans chaque narine une forte aiguille d'acier qui traverse toutes les parties dont il veut réduire le volume, fait passer d'un côté à l'autre un courant introduit progressivement et sans secousses, d'une intensité variant de 5 à 12 milliampères, pendant 5 à 10 minutes.

Il ne doit pas y avoir d'escharres.

Avant de terminer la séance il ramène à zéro et renverse le courant de façon à réduire l'hémorrhagie à son minimum.

Deux applications à huit jours d'intervalle suffisent pour les tumeurs bleues, violettes et molles; les tumeurs blanches et dures demandent trois ou quatre séances.

Pour éviter les accidents de syncope, il faut obtenir l'intensité cherchée avec le plus faible potentiel possible. L. EGGER.

Rhinoplastie par la méthode italienne, par BERGER (*La presse méd.*, 4 mars, 1896).

Mme X. est atteinte d'une destruction du lobule du nez et de la plus grande partie des ailes, ainsi que de la sous-cloison dont il ne reste plus que des vestiges, de la cloison elle-même et enfin de presque tout le squelette cartilagineux du nez. Dans une première opération, B. adapte sur l'extrémité du nez, préalablement avivé, un lambeau pris au bras. Dix jours après, le pédicule fût sectionné et le bras détaché du tronc. Enfin, vingt-et-un jours après la section du pédicule, on procéda à la formation des narines, des ailes du nez et de la sous-cloison. Ces diverses parties sont constituées au moyen du lambeau emprunté au bras doublé des parties molles préexistantes.

B. attire l'attention sur les principaux points de cette intéressante opération qui, dans ce cas, leur a donné un résultat très satisfaisant. Il est nécessaire dans les opérations plastiques de cet ordre d'avoir tout prévu et tout fixé d'avance, de déterminer exactement les lignes d'avivement, la dimension du lambeau, l'endroit précis où on veut le prendre. Les surfaces d'avivement doivent être assez larges. L'auteur décrit avec de nombreux détails l'appareil de fixation perfectionné dont il s'est servi, la disposition ingénieuse des courroies qui fixent le gantelet à la capeline ; cet appareil, comme on le voit, a été bien toléré pendant dix jours. Il insiste sur les soins minutieux de propreté pour les yeux, la bouche, les narines. B. termine enfin par la description de l'appareil de soutien remplaçant la charpente du nez, qui doit rester en place pendant tout le temps nécessaire à l'épuisement de la rétraction cicatricielle. L. EGGER.

Ectopie naso-palatine de la première molaire supérieure droite, par JEAN BOULAI (*Arch., internat., de laryng., otol., rhinol.*, mars, avril, 1896).

Cette dent ectopiée se serait développée dans l'épaisseur de la voûte palatine, et serait demeurée à l'état latent jusqu'à la carie de l'os résultant d'un traumatisme. L. EGGER.

III. — *BOUCHE ET PHARYNX*

La fièvre aphteuse (stomatite aphteuse, cocotte), par Siegel (*Archiv. f. Laryng. u. Rhin.*, Bd. III, p. 172).

Voici l'évolution d'un cas léger : pendant plusieurs semaines, lassitude, lourdeur des membres, peu de goût au travail, besoin inaccoutumé de repos, diminution de l'appétit, assez souvent tendance à vomir après le repas ; sommeil interrompu par des cauchemars : le visage prend une coloration grisâtre, les yeux se cernent, la langue se recouvre d'un enduit gris sale, surtout au niveau du dos.

Ces symptômes, après quelques semaines consécutives, annoncés par un frisson avec hyperthremie 39°-41° ; c'est le second stade des prodromes dont les symptômes caractéristiques sont une céphalée violente et des vertiges ne permettant pas la station debout. Les malades se plaignent, en outre, de douleurs dans les régions du foie et de l'estomac, de mauvaise bouche, de soif, de nausées. Survient alors assez souvent une diarrhée profuse.

Au bout de trois jours la fièvre cesse brusquement, l'état général s'améliore et apparaissent les symptômes objectifs : inflammation catarrhale de la bouche et du pharynx, localisée ou diffuse, avec gonflement et coloration rouge-bleu. Il peut se produire des vésicules sur les lèvres, le bord du nez, des narines, la muqueuse de la bouche et du pharynx et quelquefois aussi une éruption rubéoliforme sur les membres et le tronc. La diarrhée est remplacée par une opiniâtre constipation, l'appétit renaît et, au bout de quatre semaines en moyenne, la guérison survient. La convalescence est assez longue.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'analyse des symptômes. Notons seulement que les vésicules buccales regardées comme caractéristiques peuvent manquer surtout chez l'homme. Elles ne s'observent guère que dans un tiers des cas.

La fièvre aphteuse chez l'homme est grave à cause de sa durée, de la possibilité des récidives et de sa mortalité variable suivant les épidémies : 8,5 $^0/_0$ en 1892, 4,5 $^0/_0$ en 1895. L'affection est plus grave chez l'enfant et chez les alcooliques. La mort survient dans les premiers jours à la suite d'hémorrhagies profuses (bouche, intestin, reins) ou tardivement par paralysie cardiaque.

Les lésions principales portent sur la muqueuse buccale, sur celle de l'intestin (tuméfaction catarrhale, avec atteinte plus

marquée des follicules) et sur le foie (tuméfaction, puis atrophie).

Dans bien des cas (sporadiques) le diagnostic ne peut être définitivement posé que par l'examen bactériologique.

Le traitement consiste dans l'administration de purgatifs (sauf le calomel) ; les gargarismes et le salicylate de soude à fortes doses.

La fièvre aphteuse sévit sur les vaches et les porcs, elle est connue depuis longtemps ; elle apparaît épidémiquement dans certaines régions tous les 15 à 20 ans et frappe tous les animaux du pays, puis s'éteint. Les mesures prophylactiques sont rendues d'application pénible par la longueur et la variabilité de la période d'incubation.

Il y a longtemps déjà qu'on a cité des cas de transmission à l'homme de la fièvre aphteuse des animaux (Hulin, Hertwig, Bollinger), mais ces faits n'ont pas suffisamment fixé l'attention des médecins. La dernière grande épidémie a montré la fréquence relative de cette transmission (Frohner, Ollmann, Boas, Lewin, Lindur, Schantyr, Lermineau, etc.).

L'infection directe par inoculation sur la peau du virus est douteuse, le mode indirect (lait, fromage, beurre et peut-être viande) est le plus commun.

Quel est l'agent spécifique ? C'est une bactérie qui tient le milieu entre les coques et les bacilles. Sa longueur est de 0,5 à 0,8. Le centre en est décoloré (fuchsine phéniquée). Il est immobile. Il ne liquéfie pas la gélatine. Elle croît sur les différents milieux de culture. Les selles la contiennent presque à l'état de culture pure.

Cette bactérie est très sensible à l'action de la chaleur. Il y a là une donnée qui mérite d'être sérieusement prise en considération au point de vue de la prophylaxie. PAUL TISSIER.

Un cas d'angine de Ludwig, par G. FICANO (*Actes de l'Académie des sciences médicales de Palerme*, 1895.

Après avoir résumé ce que l'on doit entendre par « Angine de Ludwig » et retracé la symptomatologie de cette affection, l'auteur donne la relation du cas suivant :

Il s'agit d'un curé âgé de 52 ans, d'une bonne santé habituelle, qui fut pris subitement de douleurs très vives de la gorge. Quelques jours après il existait une tuméfaction légère du plancher buccal avec léger œdème du larynx et salivation abondante.

Cet état, qui fit croire d'abord à une glossite, s'aggrava en vingt-quatre heures, et la région sous maxillaire devint d'une dureté ligneuse en même temps que les symptômes généraux devenaient inquiétants. Le malade refusa toute opération et mourut le lendemain. H. DU F.

Résultats de l'examen bactériologique de 1 000 cas suspectés de diphthérie, par R. T. HEWLETT et H. NOLAN (*Brit. med. journ.*, 1896, p. 266).

Ce travail provient de l'Institut de Médecine préventive et les 1 000 cas suspects ont été examinés sur la demande de médecins de toutes les parties de l'Angleterre ; le diagnostic par l'examen microscopique direct d'un fragment de membrane n'a pu être fait que rarement, on a eu recours dans l'immense majorité des cas à la culture sur sérum sanguin. Dans 587 cas le bacille de Löffler fut constaté, dans 409 cas il était absent, dans 4 cas il y avait des bacilles qui n'ont pu être suffisamment distingués du bacille de Löffler.

Ainsi, presque dans les 2/5 des cas, l'affection suspecte n'est pas diphthérique ; en admettant même que le bacille existe dans quelques cas où il n'a pas été reconnu cette erreur ne saurait comprendre plus de 2 à 3 °/₀ des cas négatifs. Des notes plus détaillées ont été prises sur 600 cas, dont 353 contenant le bacille de Löffler : 216 fois à l'état pur, 6 fois associé au streptocoque seul. Dans un cas de conjonctivite pseudo-membraneuse il y avait du bacille de Löffler ; dans un autre, où la conjonctivite était associée à de l'angine, on ne trouva que du streptocoque. Dans un cas suivi de paralysie on ne trouva que des pseudo-bacilles typiques, non virulents Il y a certainement là une question à élucider, celle des relations possibles entre ce bacille et le microorganisme pathogène. A part ces 1 000 cas, des examens répétés ont été pratiqués chez nombre de sujets guéris : le bacille de Löffler persiste communément deux à trois semaines dans le pharynx, mais il a été aussi constaté 8, 9, 23 semaines après la guérison et dans le dernier de ces cas le bacille inoculé au cobaye le tua en 36 heures à la dose de 0,25 centimètres cubes d'une culture de 48 heures.

Dans un cas enfin, le diagnostic rétrospectif fut fait bactériologiquement : six mois après une angine suivie de parésie, on trouva des bacilles de Löffler dans la gorge d'un écolier, chez lequel la diphthérie n'avait pas été reconnue cliniquement. Un

sujet guéri de la diphthérie ne devrait être considéré comme non contagieux qu'après examen bactériologique. M. N. W.

Affections pharyngées chroniques et leurs rapports avec la diphthérie, par J. H. Sequeira (*Lancet*, 18 janvier 1896).

S. fait allusion à l'opinion admise par Saint-Clair Thomson et Hewlett, que l'air filtrant à travers les narines est pratiquement indemne de tout germe, et il déduit comme corollaire que la respiration buccale constitue une prédisposition à la diphthérie.

L'auteur conclut : 1° Les tumeurs adénoïdes, tonsillaires et rétro-nasales, se rencontrent principalement chez les enfants depuis l'âge de 2 ans jusqu'à la puberté : et 80 °/₀ des cas de diphthérie s'observent à cette époque de la vie ; 2° ces affections pharyngiennes sont rares après 30 ans, puisque seulement 3 °/₀ des cas de diphthérie apparaissent à cette période de l'existence ; 3° 72,5 °/₀ des 40 cas de diphthérie examinés par S. présentaient des signes évidents d'hypertrophie tonsillaire ; 4° la diphthérie est une suite fréquente de la scarlatine qui affecte gravement les amygdales et souvent provoque la respiration buccale.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Pénétration du bacille diphthéritique dans le sang et dans les organes, par A. A. Kanthack et J. W. W. Stephens (*Pathol. trans.* 1896 ; in *Lancet*, 25 janvier 1896.

On affirme généralement que les bacilles diphthéritiques ne s'échappent pas de la membrane et qu'ils siègent seulement en ce point. Les auteurs confirment les assertions de Wright (de Philadelphie), Frosch et d'autres auteurs qui disent qu'il n'est pas rare, surtout dans les cas mortels, de voir les bacilles envahir les organes et même la circulation. Leurs observations ont une importance clinique, car elles démontrent la nécessité de l'usage de l'antitoxine à haute dose dans tous les cas de diphthérie grave, si les poumons sont affectés la quantité de toxine est énorme. SAINT-CLAIR THOMSON.

Notes sur l'angine commune observée sur 400 adolescents durant une période de 25 ans, par Clément Dukes (*Lancet*, 15 février 1896).

Ces angines sont dénommées inflammatoires, scarlatineuses

et diphthériques ; la première catégorie comprenait 450 cas et la dernière trois seulement ; les angines scarlatineuses étaient au nombre de 71. Certains collégiens avaient des angines périodiques. Chez les jeunes gens toutes les formes d'amygdalites sont infectieuses et réclament l'isolement. SAINT-CLAIR THOMSON.

Traitement abortif de l'esquinancie, par R. H. Fox (*Lancet*, 8 février 1896).

F. recommande l'application d'une forte solution d'hydrochlorate de cocaïne dans l'amygdalite parenchymateuse aiguè —, forme qui débute d'un côté des piliers, inflammation péri-tonsillaire tendant à la suppuration. Dans la plupart des cas l'accès est de courte durée et il n'y a pas de suppuration.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Traitement opératoire de la fissure palatine, par E. Owen (*Lancet*, 4 janvier 1896).

L'auteur fait d'abord observer aux laryngologistes que les amygdales hypertrophiées et les tumeurs adénoïdes existantes doivent être enlevées quelques semaines auparavant. En même temps on procédera à l'extraction des dents cariées. Cinq observations sont rapportées dans lesquelles la fente traversait le voile et la voûte du palais. Opération sous le chloroforme, la tête pendante par-dessus le rebord de la table. Autant que possible les enfants devront passer toute la journée de la veille au grand air, dans un jardin. On opérera de préférence au printemps ou en été, et c'est à l'abondance de l'air pur après le traitement que l'auteur attribue le fait du rétablissement plus prompt en ville que dans les hôpitaux. On emploie du fil d'argent pour les sutures, afin d'empêcher l'enfant de sucer sa plaie avec le bout de la langue. Il est bon de prévenir la gène de l'enfant en le nourrissant au moyen d'un tube nasal ; pendant les premières 24 heures, un peu d'eau suffit à son alimentation ; ensuite la gelée de viande vaut mieux que le régime lacté. Le meilleur âge pour opérer les fissures du voile palatin est dans les premiers mois de l'existence. Lorsqu'il y a fissure du voile et de la voûte du palais, le meilleur moment est la seconde année et les deux parties (palais mou et dur) peuvent être opérées dans la même séance. SAINT-CLAIR THOMSON.

Objet et limites des opérations pour cancer, par W. Watson Cheyne (*Lancet*, 22 février et 14 mars 1896).

Comparativement au cancer pulmonaire, celui de la bouche et de la gorge est plus favorable au point de vue des dépôts ganglionnaires, parce que l'espace ganglionnaire est plus visible et les dépôts métastatiques presque nuls. Pour le cancer lingual, lorsque l'affection est superficielle et latérale, il suffit d'exciser la moitié de l'organe. Quand la langue est profondément infiltrée, il faut l'enlever totalement, ainsi que le grand plexus lymphatique qui n'est pas unilatéral, l'hypertrophie des ganglions étant fréquemment bilatérale. En tout cas il est bon d'extraire les ganglions sublinguaux et sous-maxillaires du côté affecté, de même que les ganglions lymphatiques qui leur sont intimement liés. Dans les cas de cancer superficiel de la langue, l'auteur lie l'artère linguale au cou, et fait l'ablation de ces ganglions avec la graisse de façon qu'il ne reste aucun ganglion malade, et ensuite il attire la langue à travers la bouche. Dans ce cas, la plaie du cou ne communique pas avec la bouche et demeure aseptique. Pour les formes plus avancées de cancer lingual on aura recours à l'opération de Kocher. Les indications opératoires sont : l'infiltration étendue des muscles de la langue, surtout en dehors à travers l'os hyoïde, la participation du maxillaire, l'extension à la portion supérieure du larynx et l'envahissement de l'artère carotide et du nerf vague par la masse ganglionnaire.

Le cancer du pharynx débute dans 60 °/₀ des cas à la surface des amygdales. Il est peu gênant au début, et s'étend rarement avant qu'on ait consulté un médecin. Suivent des observations avec l'étude de diverses questions se rapportant à l'opération. Au point de vue de la façon d'accéder aux parties malades, on ne peut établir de règles, chaque cas doit être envisagé séparément. Quant à la trachéotomie préventive, il vaut mieux l'éviter. Lorsqu'on la fera on ne gagnera rien à l'effectuer deux ou trois jours avant la grande intervention. Pour éviter l'hémorrhagie on devra d'abord lier la carotide externe ou ses branches, ou bien comprimer temporairement l'artère durant l'ablation de la tumeur. Il faudra toujours dégager l'espace lymphatique, que les ganglions soient ou non affectés. Dans ce but on incisera très largement, en partant de l'apophyse mastoïde, jusqu'au milieu du cartilage thyroïde, le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. On accédera ainsi aisément aux glandes,

sous-sterno-mastoïdiennes, où la récidive est si fréquente, et aussi à la jugulaire interne qui devra être liée sans hésitation et excisée si quelques ganglions y adhèrent. On fera attention aux indications pour la section du maxillaire ; et l'on verra que le dégagement est assuré par la simple division du ventre postérieur des muscles digastrique et du stylo-hyoïdien. En ce qui concerne la pharyngotomie sous hyoïdienne, c'est-à-dire la séparation de la membrane thyro-hyoïdienne adhérant à l'os hyoïde, on n'en retire le plus souvent pas grand avantage.

Pour soigner la plaie on devra veiller à une antisepsie rigoureuse, bien que ces cas ne soient pas justiciables du traitement aseptique. Le drainage, la propreté, les soins des dents et le tamponnement à la gaze iodoformée sont les bases du traitement consécutif. Dans les cas graves, le tube stomacal est généralement introduit au moment de l'opération et laissé en place pendant trois ou quatre jours, plus tard il est presque toujours inutile. Les résultats diffèrent selon les cas, mais ils peuvent être groupés en trois divisions principales. Groupe I comprenant les cas où la maladie provient de la bouche avec ou sans fissure de la joue, et avec ou sans trachéotomie ; ceux où il n'existe pas de plaie du cou en communication avec la bouche. Le groupe II est formé par les cas d'affections pharyngées dans lesquels la plaie interne communique avec la plaie du cou. Les cas où la maladie a envahi le pharynx et le larynx composent le groupe III.

	Nombre de cas	Mortalité	Non-amélioration	Amelioration
Groupe I. . . .	23	8,6 °/₀	30 °/₀	52 °/₀
Groupe II. . . .	91	29 °/₀	54 °/₀	17 °/₀
Groupe III. . . .	58	55 °/₀	81 °/₀	12 °/₀

En ce qui regarde le groupe I l'auteur ne doute pas de l'amélioration apportée par l'opération et de nombreux cas auraient guéri par une intervention plus étendue et auraient pu figurer dans la seconde catégorie.

Pour le groupe II, les résultats sont encourageants, car la mortalité de 29 °/₀ pourrait évidemment être réduite.

Les résultats du groupe III démontrent que bien que ces cas ne doivent pas exclure l'opération, beaucoup de malades se trouveraient bien du statu-quo. SAINT-CLAIR THOMSON.

Un cas de papillome de l'amygdale, par B. Roberts (*Arch. of otology*, n° 1, janv. 1896).

Une jeune fille de 16 ans se présente avec une tumeur de l'amygdale gauche datant de deux ans. L'amygdale n'est pas hypertrophiée. La tumeur est volumineuse, dentelée, obstrue l'orifice pharyngien et repose sur la base de la langue. Pas de symptômes.

La plus grande partie est enlevée avec l'amygdalotome, la base avec un bistouri boutonné. Trois semaines plus tard il fallut en enlever encore un fragment au bistouri.

L'auteur considère la tumeur comme un papillome et il insère, comme confirmant son diagnostic, une note de M. M. Faland, disant que la tumeur était « constituée surtout par du tissu lymphoïde. » M. LS.

Les végétations adénoïdes : leur diffusion géographique et leur ancienneté (Adénoïde Vegetationen, ihre Verbreitung und ihr Alter, par Wilh. Meyer, de Copenhague (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd 40, Hft 1, 30 déc. 1895).

Cette communication du regretté Meyer, faite en mars 1894, à la Société médicale de Copenhague et publiée seulement en février 1895, a été traduite par M. Mygind. Elle comporte d'abord une rapide esquisse de l'affection et un exposé de l'historique.

Meyer s'est demandé si les végétations adénoïdes n'existaient qu'en Europe et n'atteignaient que la race iranienne. Pour le savoir il s'est adressé à de nombreux médecins de toutes les parties du monde, et il rapporte les renseignements qui lui ont été fournis par ses correspondants. Les végétations adénoïdes sont très fréquentes chez les Esquimaux du sud du Groënland : le Dr Helms a constaté, chez soixante enfants, le chiffre considérable de 73 °/₀. La respiration buccale et les végétations paraissent très communes chez les Indiens des territoires du Dacota et du Montana (Têtes-Plates, Pieds-Noirs et Gros-Ventres). Dans la population des Etats-Unis, d'origine européenne, la proportion est notable : 3 °/₀ dans les écoles de New-York, d'après le Dr Chappell.

Chez les Chinois de Hongkong, de race mongole pure ou métis de Portugais, le Dr Cantley dit que les végétations sont très communes et qu'il en a opéré de nombreux cas. Au contraire, d'après le Dr Deuntzer, les végétations adénoïdes et les affections catarrhales des premières voies respiratoires sont rares à Bangkok,

capitale du Siam. — Dans les possessions hollandaises (Sumatra, Amboine, etc.), les végétations paraissent très rares.

Il en résulte que les végétations se rencontrent, avec des degrés de fréquence variés, en Europe, en Amérique et en Asie, que la race mongole paraît aussi atteinte que les iraniens, enfin qu'un climat chaud prédispose moins à l'affection qu'un climat froid.

Il est bien vraisemblable qu'un état pathologique aussi répandu n'est pas d'apparition récente. Mais sa recherche dans les écrits des anciens auteurs non médicaux et dans les œuvres artistiques est entourée des plus grandes difficultés. L'examen des portraits (tableaux ou bustes) présente de nombreuses causes d'erreur que l'auteur énumère et qu'il importe d'éviter. Il croit cependant pouvoir affirmer qu'au commencement de ce siècle, Canova était atteint de végétations adénoïdes : parmi de nombreux portraits du célèbre artiste il en reproduit un, peint par l'auteur, qui ne laisse aucun doute.

D'une étude assez complète des portraits de Charles-Quint et des écrits contemporains (surtout de Contarini), il tire les éléments d'une discussion intéressante tendant à montrer que le grand empereur avait toujours la bouche ouverte, non pas comme on l'a cru longtemps, à cause du prognatisme si accusé de sa mâchoire inférieure, mais parce qu'il était porteur de végétations adénoïdes. Il en était probablement de même pour son frère Ferdinand Ier.

En ce qui concerne notre François II, il émet des réserves sur les conclusions de Potiquet, et, tout en admettant la possibilité de végétations, il croit qu'il persiste un doute.

Plusieurs artistes de la Renaissance, notamment Ghirlandajo, dans son « saint Zenobius ressuscitant un enfant » de la galerie des Offices, ont figuré des personnages ayant les traits caractéristiques des adénoïdiens, ce qui prouve qu'ils en voyaient autour d'eux.

La tendance des Grecs à idéaliser les formes humaines fait qu'il n'y a rien à trouver dans leurs statues ; les Romains étaient plus réalistes. Aussi Meyer a-t-il pu trouver au Vatican (galerie Chiaramonti), trois bustes, deux d'enfants et un de jeune femme, ce dernier reproduit dans son texte, qui sont des types de visages d'adénoïdiens. M. LS.

La découverte des végétations adénoïdes, (histoire de la médecine), par P. Raugé, (*Bull. méd.* 16 février 1896).

L'auteur fait un examen très fouillé de la question et con-

clut qu'à part quelques observations telles que le fait isolé de Voltolini en 1867, et le travail de Lœwenberg publié en 1865, les autres publications antérieures au travail de W. Meyer n'étaient pas probantes. Il manquait en outre l'idée généralisatrice qui groupât les faits isolés pour en faire une description d'ensemble. C'est Meyer qui eut le mérite immense d'établir sur un grand nombre de faits la description systématique d'un type morbide inédit, d'en fixer avec précision les symptômes, d'en tracer les caractères anatomo pathologiques et d'en formuler le traitement, d'en sentir enfin la portée pratique et d'en annoncer la fréquence avec des milliers de chiffres à l'appui : c'est ainsi que s'affirme en clinique la véritable paternité.

R. propose, en terminant, que pour rappeler le souvenir et les droits de son auteur, le titre consacré de « Végétations adénoïdes » soit remplacé par la dénomination de « Maladie de Meyer ». L. EGGER.

Le rhinosclerone, par W. FREUDENTHAL (*New-York méd. journal*, 1er février 1896).

Ordinairement limité au nez et à la lèvre supérieure ,caractérisé par sa dureté, sa blancheur d'ivoire, son développement lent, sans œdème, sans inflammation, sans douleur, sans généralisation, le rhinosclérone peut envahir : 1° le voile du palais sur lequel il provoque des désordres assez analogues à la syphilis, destruction de la luette cicatrices adhérences ; 2° le pharynx probablement par l'intermédiaire du voile du palais ; 3° le larynx.

Le rhinosclérone du larynx peut même être primitif. Il se montre surtout sous forme de chordite inférieure, de blennorrhée du larynx de végétations grisâtres indurées. La trachée elle-même serait souvent atteinte.

La constatation du bacille spécial est le grand élément de diagnostic. Les injections de toxines erysipélateuses. Mais surtout les injections avec la rhinosclérine du Pr Pawlowski de Kiel méritent d'être essayées en présence de l'inefficacité de tout autre moyen de traitement. A. F. PLICQUE.

Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais, par BERGER (*Bulletin médical*, 11 mars 1896).

Ce diagnostic fut posé chez une femme d'une trentaine

d'années, porteur d'une tumeur très volumineuse, très dure, de consistance cartilagineuse ou fibreuse, occupant la moitié du voile du palais, avec mobilité légère et indépendance complète de la muqueuse, à développement très lent, absolument indolent, ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel notable.

A ce sujet, M. B. fait un diagnostic différentiel complet des différentes tumeurs de la région.

L'opération fut laborieuse, la tumeur très dure ayant contracté des adhérences avec le sommet des apophyses ptérygoïdes que l'on sentait dénudé au fond de la cavité créée par l'ablation du néoplasme.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit ici d'une tumeur mixte, à la fois épithéliale et conjonctive, développée aux dépens des glandes salivaires de la muqueuse du voile du palais, tumeur dans laquelle l'élément conjonctif sous diverses formes, sarcome, fibrome, myxome, chondrome, prédomine. L. EGGER.

Sur un procédé de restauration des pertes de substances étendues de la voûte palatine, par DELORME, (*Acad. de médecine*, 19 mai 1896).

Deux procédés sont actuellement préconisés : la prothèse et l'autoplastie.

Pour que l'autoplastie puisse être pratiqué, il faut que l'étoffe soit suffisante, c'est-à-dire que la perte de substance ne soit ni trop large, ni trop antérieure.

Voici un procéde d'autoplastie qui permet de réparer des pertes de substance de 3 à 4 centimètres de long et de 2 centimètres de large.

On taille, aux dépens de la muqueuse génienne, un lambeau en T, à base postérieure adhérente. Son pédicule horizontal correspond à l'espace interdentaire ; il se continue en avant avec un deuxième lambeau vertical rectangulaire taillé dans la commissure labiale. Ce lambeau disséqué est retourné à angle obtus ; les bords de la branche verticale du T sont fixés à ceux de la perte de substance, et pour éviter que la base du lambeau ne soit coupée entre les deux arcades dentaires, on interpose entre elles un appareil qui les maintient écartées jusqu'au moment jugé propice pour la suture du pédicule.

Le traitement consécutif est banal : séjour au lit dans une chambre chauffée, silence absolu, etc.

Les bords de la plaie se rapprochent avec une grande facilité, grâce à l'extensibilité de la muqueuse génienne. L'auteur a expérimenté ce procédé chez deux malades avec succès.

L. EGGER.

Calculs des amygdales, par ANTHELME COMBE ET DUBOUSQUET-LABORDERIE, (*La tribune médicale*, 15 janv. 1896).

A l'occasion d'un calcul de l'amygdale gauche observé chez un collégien de 15 ans, les auteurs font une petite étude sur les corps de ce genre. Le calcul en question, du poids de 3 gr. 15, avait le volume d'une petite noix et mesurait 22 millimètres dans son plus grand diamètre ; il était blanc, sa surface en grande partie lisse et régulière. A la coupe, on trouva une cavité qui paraissait avoir contenue le noyau du calcul, qui, outre les matières organiques, contenait surtout des phosphates de chaux et de magnésie. A noter dans ce cas le peu de douleur et l'absence de réaction inflammatoire. Il fut rendu spontanément après plusieurs séances de gargarismes. L. EGGER.

Troubles de la déglutition d'origine mycosique, par A. COURTADE, (*Journ. de médec. de Paris,* 14 juin 1896).

Les observations démontrent que cette affection due au leptothrix buccalis, se présentant sous forme de points ou plus rarement de plaques blanchâtres siégeant sur les amygdales, sur le pharynx ou la base de la langue, est souvent cause non pas d'un obstacle réel à la déglutition. mais d'une gêne plus ou moins marquée de cette fonction. L'auteur conclut de là, que la dysphagie est dans bien des cas un symptôme dénonciateur dont il faut savoir rechercher la cause productrice qui peut être une mycose des voies digestives supérieures. L. EGGER.

IV. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Note sur l'étiologie des polypes du larynx, par MENDEL (soc. de laryng. de Paris, *Archives internat. de laryng. d'otol. et de rhinol.,* mars-avril 1896).

L'auteur cite des observations dans lesquelles il a constaté sous l'influence d'une laryngite chronique le développement de production polypiformes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un artiste dramatique qui, à la suite de surmenage vocal, eut une laryngite chronique ; sur la corde gauche se développa un petit nodule. Le tout disparut par un simple traitement antiphlogistique et le repos.

La seconde observation à trait à un véritable polype développé sur une corde vocale fortement congestionnée. Le traitement astringent fit tout rentrer dans l'ordre.

L'auteur se demande, en terminant, si dans de nombreux cas, les polypes définitifs n'ont pas débuté par avoir ces caractères purement inflammatoires, sorte de phlegmasies à mode végétant.

L. ECGER.

Traitement des nodules vocaux, par RICARDO BOTEY. (*Archivos latinos de rinologia, laring. otol.* 7e année, nos 63 et 64. Mars et avril 1896).

Botey considère cette affection comme constamment due soit à des excès de phonation, soit à une éducation vocale vicieuse. Elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit.

Avant que ne paraissent les nodules, le larynx présente des lésions déjà caractéristiques de la phase *prénodulaire* de la maladie : un état congestif avec légère infiltration des cordes vocales, qui viennent en contact au niveau de leur extrémité antérieure, dans une étendue de deux à trois millimètres et qui, grâce à une convexité déjà apparente de leur bord, s'écrasent mutuellement, et s'immobilisent à ce point : d'où la nécessité d'un effort expiratoire plus grand pour les mettre en vibration.

B. croit que pendant l'émission de note de tête chez les ténors et les sopranos, les deux tiers antérieurs de la glotte seuls entrent en vibration : donc, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen de la corde vocale se trouve un centre de vibrations : précisément c'est en ce point, où le frottement est maximum, que les nodules se développent ; et c'est aussi pourquoi ils ne se trouvent que chez le soprano et le ténor. Barytons et basses y échappent, parce qu'ordinairement ils chantent en voix de poitrine, dont les vibrations occupent toute la longueur des cordes vocales.

Prophylaxie. — La prophylaxie des nodules des chanteurs découle de ce principe que c'est moins l'excès que le malmenage de la voix qui les engendre : peu importe de chanter ou de déclamer beaucoup, si on le fait suivant de bons principes. D'ailleurs B. fait remarquer que les artistes dramatiques y sont beaucoup plus exposés que les chanteurs : plus encore peut-être les marchands, qui

toute la journée forcent leur voix en vendant. C'est surtout crier qui produit des nodules vocaux.

Pour prémunir les artistes contre une affection professionnellement aussi grave, B. leur donne les remèdes suivants :

1° Ne pas se livrer à la fois au théâtre et à l'enseignement du chant, à cause du surmenage vocal qui résulte de cette double profession.

2° Bien peser ses forces avant de se consacrer à un genre lyrique ou dramatique et de se cantonner au genre une fois choisi.

3° Ne jamais chanter deux jours de suite ; la fatigue d'une représentation réclame quarante-huit heures de repos.

4° Ne jamais chanter quand le larynx présente la moindre altération, même passagère.

5° Ne pas fumer, au moins pendant la demi heure qui suit le chant ; et garder pendant ce temps un silence complet.

6° Parler peu et éviter d'élever la voix pendant les conversations ; mais il est inutile de tomber dans les exagérations ridicules de certains chanteurs qui ne parlent qu'à voix basse pendant la journée qui précède leur représentation.

Traitement diététique. — Si les nodules sont petits, s'ils se montrent pour la première fois, si surtout la lésion est limitée à une seule corde vocale, on peut obtenir la guérison en condamnant le patient à un repos vocal de quatre à huit mois. On l'enverra à une station thermale : peu importe laquelle, dit B., car le traitement hydro-minéral n'a qu'un effet purement suggestif qui remonte l'état moral du patient : on sait à quel degré de neurasthénie arrivent les chanteurs dont la voix s'altère. Puis, quand la cure sera terminée, il faut progressivement réentraîner la voix, en l'exerçant d'abord seulement dans le médium ; et ne donner la note extrême que quelques jours avant de paraître sur la scène.

Traitement ortophonique. — Il existe un véritable chaos dans la méthode de chant actuelle : le résultat en est qu'un ténor ne dure guère plus de six ans ; seules les basses, qu'on ne surmène pas, arrivent à chanter toute leur vie durant. Le rôle du médecin n'est certes pas de faire vocaliser son malade, mais il doit lui indiquer ce qu'il doit faire et ne pas faire ; au professeur de chant de faire exécuter sa prescription, comme un pharmacien le fait pour une ordonnance.

Actuellement, il existe trois erreurs principales qui ruinent les voix :

1° La mauvaise classification des voix. On a tendance à faire chanter les barytons en ténors pour les faire gagner de plus gros

appointements au théâtre. Dans cette classification on se guide sur l'étendue des voix et les limites supérieures : c'est une erreur. Le seul moyen de ne pas se tromper dans ce diagnostic délicat, c'est de considérer seulement la *lassitude de la voix*, c'est-à-dire les notes dans lesquelles le chanteur se fatigue le moins. Sinon, une erreur de classification mène rapidement aux nodules.

2° Une mauvaise respiration. B. n'admet pas la respiration abdominale, encore moins la respiration claviculaire ; c'est la respiration thoraco-abdominale ou costale inférieure qui, dilatant le thorax dans ces trois diamètres, permet d'emmagasiner la plus grande quantité d'air possible et de chanter avec le moins de fatigue.

3° Une émission défectieuse. B. critique surtout le *coup de glotte* recommandé par l'Ecole française ; il consiste, pour éviter le *coulage,* à fermer exactement la glotte avant d'émettre le son, avec la teneur correspondant à la note qu'on veut donner. Pour peu que l'élève exagère cet effort, il prend une voix dure, sèche ; et rapidement s'établissent des congestions laryngées qui mènent aux terribles nodules.

Un autre défaut, que cependant recommandent les professeurs de chant, consiste à maintenir la langue déprimée sur le plancher de la bouche, c'est là une attitude forcée qui produit dans le pharynx une contraction pénible et fatigue l'organe vocal.

Il est aussi très mauvais de forcer les notes de *passage* (on appelle passage le point où les notes supérieures du registre de poitrine se continuent avec la note inférieure du registre de tête : *sol*, chez les ténorinos et les femmes, *fa* chez les forts ténors, *mi* chez les barytons, *ré* chez les basses). Les notes inférieures du registre de tête sont naturellement beaucoup plus faibles que les notes supérieures du registre de poitrine puisque ces dernières sont émises avec une pression expiratoire maxima : pour fondre ce passage et égaliser les notes qui le constituent, les chanteurs ont la mauvaise habitude de forcer les notes inférieures de tête ; et ainsi encore naissent les nodules.

Donc, en se gardant de toutes ces fautes, si communes, on échappera aux nodules vocaux.

Traitement médicamenteux. — Il n'a d'action que quand les nodules sont très petits et subordonnés à une laryngite subaiguë, qui est la principale cause de l'enrouement.

Quand un chanteur ainsi atteint de congestion laryngée est dans l'absolue nécessité de chanter le lendemain ou le soir même, voici le traitement que conseille B. pour le mettre immédiatement en

état de donner de la voix. Tout d'abord un purgatif léger ; puis, une diète relative ; comme nourriture une à deux pommes cuites au four et suffisamment sucrées. En même temps que la purgation, pulvérisations avec une solution de

Eau.	100 gr.
Chlorhydre de cocaïne	1 gr.
Sulfate de strychnine.	0 gramme 5 centigr.
Ensuite sucer des pastilles contenant :	
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gramme 5 centigr.
Teinture d'aconit	X gouttes
Sucre et guimauve	Q. S.

pour 80 pastilles.

Et une heure avant d'entrer en scène, prendre cinq granules de sulfate de strychnine à un milligramme.

Mais s'il s'agit d'une affection vraiment chronique, le meilleur remède est l'emploi fréquent de pulvérisations d'une solution d'acide lactique à 2 °/₀ répétées six ou huit fois par jour.

Traitement chirurgical. — Les nodules rebelles à tous ces traitements doivent être détruits ou extirpés.

Les cautérisations à l'acide chromique, à l'acide salicylique les font disparaître : mais quelques semaines après, ils reparaissent. Le galvanocautère agit mieux : trois fois sur quatre les nodules détruits par ce procédé ne récidivent plus. B. a fait construire un cautère spécialement destiné à cet usage : il est formé d'une pointe fine courbée à angle droit sur la tige de façon à attaquer perpendiculairement le nodule, et protégé, sur le côté correspondant à l'autre corde vocale, par une plaquette de terre réfractaire. Une première cautérisation est faite au rouge sombre deux ou trois fois de suite, pendant une seconde, au centre même du nodule. Dix à douze jours après, nouvelle cautérisation plus légère, et, après deux ou trois semaines de repos, un troisième et même un quatrième attouchement peuvent être nécessaires.

Mais ce procédé est d'une exécution très délicate et d'une action lente. B. lui préfère maintenant l'extirpation, qui en une séance donne le résultat cherché. Il la pratique à l'aide d'une pince tubulaire munie de doubles cuillers très fines et très tranchantes : elles doivent enlever la totalité des nodules; plutôt que d'en laisser une partie, mieux vaut mordre un peu trop sur la corde vocale et ramener un lambeau de muqueuse : cela n'a aucun effet sur la voix car la muqueuse glottique est très tolérante et se répare avec grande rapidité. Pendant les quelques jours qui suivent cette pe-

tite opération, le malade doit observer un silence complet et plusieurs fois par jour faire des pulvérisations d'eau phéniquée à 1/500. Quatre à cinq semaines plus tard il peut recommencer à chanter si le laryngoscope a montré la remise en état parfaite de son larynx. M. LERMOYEZ.

Traitement des laryngosténoses chroniques, par MASSEI (*Archivii italiani di laringologia*, janvier 1896).

Ce travail, demandé à l'auteur et envoyé à la « (*British. laryngological, rhinological and otological association* », y a été lu le 25 juillet 1895, par le Dr Sajous.

Le prof. Massei commence par diviser les divers cas qui peuvent se présenter, en cas légers et en cas graves, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique.

C'est surtout dans la région hypo-glottique que siègent les causes diverses des sténoses. Ces causes sont : les corps étrangers, la tuberculose, l'inflammation chronique de la muqueuse sous-glottique (cordite inférieure), la syphilis, le rhinosclérome, les végétations polypoïdes.

Avant de choisir le mode de traitement, il faut examiner le degré de la sténose. Est-elle légère ? Il faut alors voir si la guérison complète est possible, soit par un traitement général ou local, soit par les deux combinés. Est-elle grave ? Il faut considérer si le traitement général peut réussir et si le traitement local par les voies naturelles est sans danger. Dans le cas contraire, on doit pratiquer la trachéotomie ou l'intubation, remettant la cure radicale jusqu'au moment où tout péril a cessé.

L'auteur, après ces considérations générales, passe en revue chacune des diverses causes ci-dessus énumérées. Nous signalerons les points principaux suivants.

On ne doit pas avoir une confiance entière dans le traitement spécifique de la syphilis sous peine de perdre parfois son malade.

Chez les enfants, l'ablation des papillômes par les voies naturelles, sans trachéotomie, est dangereuse et peut être suivie de mort. L'auteur cite un cas où il eut à déplorer cet accident.

Il recommande donc la trachéotomie préalable et fait remarquer que les papillômes peuvent disparaître spontanément après cette opération.

Dans les cas de corps étrangers, de tuberculose, cancer, lupus, rhinosclérome, paralysie bilatérale du « *posticus* », la trachéotomie doit être préparée à l'intubation.

L'intubation peut être employée dans certains cas où le danger de suffocation est imminent. H. DU F.

Contribution au traitement opératoire des affections malignes du larynx et en particulier du danger de l'infection de la plaie cancéreuse, par H. L. LACK (*Lancet*, 13 juin 1896).

L'objet de ce mémoire est d'abord d'attirer spécialement l'attention sur la possibilité de la dissémination du cancer au moyen de la transplantation directe, qui doit être distinguée de la dissémination par le sang et les canaux lymphatiques ; puis le danger d'infecter la plaie par des matières cancéreuses dans les opérations pour les affections malignes en général ; et enfin, de considérer l'importance de ces faits en rapport avec la récidive locale consécutive aux opérations de tumeurs malignes. Trente-cinq observations servant de base à ce travail, sur lesquelles quatre proviennent de la pratique de l'auteur au cours de ces quatre dernières années. La conclusion est qu'il semble que l'on devra, dans tous les cas d'affection maligne, enlever la tumeur en un seul morceau, afin que toutes les incisions soient faites dans le tissu sain avoisinant, et au cas où cette condition n'aurait pas été remplie ou ne pourrait l'être, il faudrait purifier la plaie par la cautérisation. SAINT CLAIR THOMSON.

Trachéotomie et laryngotomie sous-hyoïdienne, par LONGBOIS (*La Presse médicale*, 28 mars 1896).

L'auteur publie l'observation d'une enfant chez laquelle, trois ans après la trachéotomie, la respiration est impossible sans canule. Après la crico-trachéotomie pour diphtérie et croup, opération qui dut être répétée deux fois, l'emploi des canules spéciales, contre l'hypothèse de spasme laryngé émotif, l'application de l'électricité pour combattre une paralysie diphtérique, l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx, la laryngotomie sous-hyoïdienne destinée à extirper une tumeur située au-dessus de la corde vocale gauche, tous ces moyens n'empêchèrent pas la dyspnée de se produire rapidement aussitôt après l'extraction de la canule.

D'après deux schémas comparatifs faits suivant les mensurations prises chez la malade et chez une autre fillette du même âge et de même corpulence, L. constate que chez sa malade, tout l'appareil respiratoire compris entre l'os hyoïde et la fourchette du sternum est tassé, diminuant de longueur pendant

qu'il s'élargissait. Toutes les pièces ont télescopé, produisant entre elles des rapports anormaux dans lesquels le bord inférieur du thyroïde s'est porté en haut et en avant, ce cartilage étant attiré par rétraction cicatricielle vers l'os hyoïde ; ajoutant à celà les désordres apportés dans les rapports du thyroïde avec le cricoïde et la trachée par les deux crico-trachéotomies antérieures, l'auteur demande, si l'on doit tenter encore, soit la dilatation du larynx, soit le tubage, soit l'application d'un larynx artificiel, ou bien si l'on doit ne plus rien faire et laisser les choses en l'état. L. EGGER.

Sur les causes déterminantes du spasme phréno-glottique dans le croup, par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, p. 483, n° 24, 11 juin 1896).

Dans la production du spasme essentiel, il faut tenir compte de l'âge du petit malade (un enfant de 18 mois échappant rarement au spasme phréno-glottique) et de l'hyperexcitabilité spéciale de l'appareil nerveux laryngé, chez certains enfants.

Mais le spasme prolongé de la glotte n'est peut-être pas toujours essentiel, de même que le spasme tardif très grave se reproduisant plusieurs jours après le retrait du tube, après une période d'accalmie respiratoire complète.

D'après les autopsies nombreuses d'enfants, et d'après les constatations cliniques, V. est disposé à penser que deux causes principales peuvent être invoquées.

1° Les ulcérations laryngées assez fréquentes après le tubage.

2° Les lésions broncho-pulmonaires coïncidant avec le croup.

L. EGGER.

Un cas d'aphonie, par ROBERT MORRIS (*Brit. méd. journ.*, 21 mars 1896).

Jeune fille de 20 ans, devenue subitement et complètement aphone à la suite d'une légère frayeur, elle n'émet pas le moindre son en riant ni en toussant; la parole chuchotée est perdue. Elle ne présente aucune altération de l'intellect, aucun symptôme d'hystérie actuelle ou antérieure, pas de troubles de la respiration, ni de la déglution. Les cordes vocales sont en position normale, non pas écartées comme dans l'aphonie hystérique habituelle. Six semaine après la voix revint aussi subitement, C'est probablement un cas de mutisme hystérique de Charcot.

M. N W.

V. — *CORPS THYROIDE, ŒSOPHAGE, etc.*

Important bronchocèle cystique nécessitant l'ablation totale de la glande thyroïde, par William Stokes (*Lancet*, 4 janvier 1896).

Femme de 33 ans, portant au cou une grosse tumeur depuis aussi longtemps qu'elle peut s'en souvenir, mais qui, dernièrement a beaucoup augmenté. Elle a été ponctionnée à deux reprises. La tumeur s'étend du menton au sternum dans la ligne médiane, latéralement à des points situés derrière les marges postérieures du sterno-mastoïdien, en bas derrière le sternum. Le menton demeure dans un sillon sur la marge supérieure de la tumeur. La déglutition était un peu difficile. On pratiqua l'excision sous le chloroforme en laissant la trachée presque à nu et une grande cavité derrière le bord supérieur du sternum dans laquelle on distinguait aisément l'arc transversal de l'aorte. Guérison. Comme, en apparence, l'ablation de la glante thyroïde était complète, on administra quotidiennement de l'extrait thyroïdien par petites quantités. Au bout de neuf mois, le résultat demeurait satisfaisant. SAINT-CLAIR THOMSON.

Epithélioma d'une bourse pharyngo-œsophagienne, par G. Newton Pitt (*Transactions of the Pathol. Soc.* 1896; *in Lancet*, 25 janvier 1896).

Pièce provenant d'une bourse longue d'un pouce et demi, s'ouvrant à la paroi postérieure de l'œsophage au niveau du cricoïde et sur la droite. Sur la paroi antérieure de la bourse se trouvait une tumeur qui n'avait pas pénétré dans l'œsophage lui-même. SAINT-CLAIR THOMSON.

Tumeurs du corps thyroïde, par Pilliet et Témoin. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1896, p. 15).

P. et T. montrent une tumeur du corps thyroïde extrêmement dure. On aurait pu croire à l'existence d'un épithélioma osseux, tandis qu'il ne s'agissait que d'un adénome thyroïdien calcifié.

A. G.

Kystes et adénomes thyroïdiens, par J. Berry (*Lancet*, 21 mars 1896, et *Transactions of the pathol. society*, Vol. XLVII).

Le but principal de la communication était de montrer la manière dont se forment certains kystes thyroïdiens, fréquents et importants, par des nodules adénomateux solides, s'étendant graduellement par le centre du nodule. On peut voir de nombreux kystes de ce genre ayant été opérés par l'énucléation qui durcis dans l'alcool, se révèlent comme des adénomes. A l'appui de ce dire, l'auteur montre des pièces présentant tous les degrés de transition entre l'adénome solide précoce sans trace de kyste, jusqu'à la tumeur kystique presque complète sur laquelle les traces de tissu glandulaire adhérant à la surface interne de la paroi kystique sont tout ce qui subsiste de l'adénome solide primitif. On a remarqué que les kystes ainsi constitués se prêtaient particulièrement bien à l'énucléation, la paroi kystique étant ordinairement épaisse et peu enclavée dans le tissu de la glande thyroïde environnant. SAINT-CLAIR THOMSON.

Adénome exogène de la glande thyroïde, par S G. Shattock (*Lancet*, 21 mars 1096, et *Transactions of the pathol soc.*, *Vol.* XLVII).

Présentation d'une coupe dont la particularité consiste en ce que la masse est formée de l'agglomération d'un grand nombre de tumeurs distinctes reliées l'une à l'autre par du tissu connectif. Comme structure elles offrent en partie l'apparence du tissu thyroïdien normal, mais par place les espaces glandulaires sont dilatés par des cellules épithéliales de formes multiples, et la substance colloïde apparaît comme une collection de gouttelettes discrètes situées au milieu des masses cellulaires. La multiplicité provenait d'une formation exogène d'adénomes.

SAINT-CLAIR THOMSON

Remarques sur deux cas de thyroïdectomie, par Goris (*Soc. scient. de Bruxelles*, avril 1896).

1) Goître parenchymateux comprimant le récurrent droit. Après l'opération, la corde vocale ne retrouve sa motilité qu'après plusieurs semaines, à cause de la compression prolongée du nerf. L'opéré présenta pendant plusieurs jours une toux quinteuse avec expectoration, dont la cause échappe.

L'auteur insiste enfin sur l'utilité, dans ces goitres plongeants, à procéder à l'énucléation de bas en haut, avec douceur, et en liant les vaisseaux au fur et à mesure, et aussitôt pour éviter la pénétration d'air dans les veines.

2) **Goitre parenchymateux et kystique, comprimant la trachée**; d'origine traumatique, et remarquable par son développement énorme.

L'opération, par énucléation intra-capsulaire, fut rapide et facile; la capsule se nécrosa et fut éliminée après coup sans complication.

Dans aucun de ces cas il ne se développa de myxœdème; et l'auteur insiste sur l'inefficacité absolue du traitement iodé, dans tous les cas analogues qu'il a observés. H. RIPAULT.

La médication thyroïdienne, étude pharmacologique, par CHASSEVANT (*Presse méd.*, 27 mai 1866).

Etude intéressante dans les différentes manières d'exécuter les préparations thyroïdiennes. Discussion sur le principe actif de la thyroïdine. L. EGGER.

Effets produits par la rétention prolongée de corps étrangers dans les bronches, par R. J. GODLEE (*Lancet*, 28 mars 1896, et *Medico chir. transactions*. Vol. 79).

Observations de bronchectasies. SAINT-CLAIR THOMSON.

Sarcôme œsophagien, par C. OGLE (*Lancet*, 21 mars 1896, et *Transactions of the pathol. soc.* Vol. LXVII).

Coupe provenant d'une tumeur polypoïde de 4 pouces de long et 1 pouce 1/4 de diamètre, insérée par un pédicule étroit vers la moitié de l'œsophage. Au microscope, la tumeur fut reconnue pour un sarcôme à cellules mixtes. Pas de tumeurs secondaires. On pense qu'il s'agissait peut-être d'un myôme malin non dépouillé. SAINT-CLAIR THOMSON.

Rétrécissement malin de l'œsophage avec perforation de l'aorte, par F. TAYLOR (*Lancet*, 11 avril 1896).

Il est rare de rencontrer une ulcération cancéreuse de l'œsophage perforant les parois d'une grosse artère, et il est encore plus rare de la voir perforer l'aorte. Les statistiques ont prouvé que ce fait s'était produit seulement quatre fois sur 6886 cas,

c'est-à-dire 0,068 °/₀. La terminaison mortelle ne semble pas avoir toujours été provoquée par le passage des bougies. Dans l'observation actuelle, la tumeur était située à une distance de 7 pouces du commencement de l'œsophage, elle s'était ulcérée à travers les parois aortiques, les glandes bronchiales étaient recouvertes de dépôts secondaires. L'affection progressa rapidement. Comme d'habitude, la fin fut presque imprévue. Il ne peut être question d'aucun traitement. SAINT-CLAIR THOMSON.

De l'iodisme ; variétés, étiologie et traitement, par BRIQUET (*Sem. méd.*, 8 avril 1896).

Revue générale sur les phénomènes iodiques divers que l'on observe après l'absorption de doses très variables d'iodure. Parmi les symptômes nombreux d'iodisme qu'énumère l'auteur, un grand nombre se rattachent à l'oto-rhino-laryngologie et méritent d'être rappelés.

Les voies respiratoires supérieures sont le siège de phénomènes morbides pouvant atteindre une gravité exceptionnelle : le coryza iodique est connu et fréquent ; les épistaxis sont peu fréquentes et rarement abondantes ; les iodures provoquent assez fréquemment une gêne spéciale du larynx qui fait tousser, rend la voix rauque ; on a signalé des cas de laryngite striduleuse ; mais bien plus redoutable est l'œdème de la glotte d'origine iodique, qui peut être mortel si l'on n'intervient pas assez tôt.

Quant à la portion supérieure du tube digestif, l'auteur étudie la rougeur, le gonflement de la muqueuse buccale, la présence d'aphtes, les gingivites, l'altération de l'émail des dents, la tuméfaction de la langue, la saveur salée, métallique dont se plaignent les malades, la fétidité de l'haleine, la sécheresse de la bouche et la salivation qui leur succède, l'inflammation des glandes salivaires, le sentiment de sécheresse et d'ardeur du pharynx, l'œdème et l'inflammation des amygdales et de la muqueuse pharyngée, la dysphagie.

Dans le système nerveux, nous relevons la céphalalgie qui est quelquefois en rapport avec la propagation du coryza aux sinus frontaux, les névralgies des nerfs de la tête et de la face, les douleurs thyroïdiennes.

Au « système cutané » B. étudie les œdèmes parmi lesquels nous soulignons l'œdème des lèvres, du cou, de la face, des fosses nasales, de la langue et du voile du palais.

Les organes des sens peuvent être le siège de phénomènes d'iodisme variés : pour ce qui est de l'ouïe, les bourdonnements d'oreille d'origine iodique ont été fréquemment signalés ; la surdité temporaire est assez rare.

Le reste de ce travail étant plutôt d'ordre général sur l'action des iodures, je crois devoir me dispenser de suivre l'auteur dans plus de détails, et je me bornerai à indiquer ses conclusions :

1° On ne peut éviter l'iodisme d'une façon absolue, puisqu'il s'agit là d'une idiosyncrasie que le plus souvent rien ne fait prévoir, sauf parfois des lésions rénales ;

2° Il faut renoncer à l'idée courante que les faibles doses d'iodure sont plus nocives que les doses moyennes ou fortes. Il est, au contraire, certain que plus la dose donnée d'un iodure est forte, plus le sujet est exposé à l'iodisme, et plus il est à craindre que cet iodisme ne soit sérieux :

3° Il n'y a pas de médicament préventif de l'iodisme. La meilleure méthode pour l'éviter — dans la mesure du possible — consiste à débuter par une faible dose (0,50 centigrammes) que l'on augmentera graduellement :

4° La belladone contre les accidents naso-pharyngiens rebelles et le bicarbonate de soude dans les phénomènes d'iodisme grave, quels qu'ils soient, semblent être les seuls médicaments ayant fait leurs preuves. L. EGGER.

Un cas d'empoisonnement par la cocaïne, employée à dose non toxique, par FICANO (Palerme) (*Bolletino delle malastie de l'orecchio golae naso*, février 1896).

Homme de 35 ans, de constitution robuste, atteint de pharyngo-laryngite catarrhale chronique avec parésie des cordes vocales.

On pratique un badigeonnage endo-laryngé avec une solution de cocaïne à 3 °/₀, afin de rendre l'examen plus facile.

Immédiatement après le malade commence à pâlir, et au bout de quelques minutes tombe sans connaissance ; le pouls devient imperceptible, les pupilles sont dilatées, la cornée est insensible et la respiration difficile.

Cet état se prolonge pendant un quart d'heure, puis le malade reprend ses sens ; il éprouve encore un peu de vertige avec troubles de l'estomac et faiblesse générale très grande.

Il dut rester quatre heures à l'hôpital et fut ensuite transporté

chez lui en voiture. Il se met au lit et ne revint complètement à son état normal que plusieurs heures après.

Ce fait intéressant prouve une fois de plus combien il faut être prudent lorsque l'on se sert de certains médicaments pour la première fois sur un malade dont on ignore le degré de tolérance pour l'agent médicamenteux. H. DU F.

Nouvelle méthode simple pour préparer le sérum agar-agar, aidant au diagnostic de la diphtérie, par A. A. Kanthack et J. W. Stephens (*Lancet*, 28 mars 1896).

Mode d'emploi des exsudats albumineux, tels que les fluides ascitiques, pleurétiques, hydrocèles, que l'on obtient toujours dans les grands hôpitaux et peuvent remplacer le sérum avec avantage. On en retire du bénéfice comme moyen nutritif du bacille diphtérique. SAINT-CLAIR THOMSON.

Méthode pour produire rapidement l'antitoxine diphtérique, par G. E. E. Wood (*Lancet*, 11 avril 1896).

Description d'un procédé par lequel on peut produire des antitoxines puissantes, sans risques, dans une période de temps bien moindre qu'auparavant. Par ce moyen, la quantité nécessaire à l'injection d'un malade peut être considérablement réduite, et l'augmentation de la force du sérum permettra, au début du traitement, de donner une quantité suffisante à une injection, car les expériences cliniques et sur les animaux ont universellement démontré que son action curative est très remarquable.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-malades en 1895, par Sevestre (Soc. méd. des Hôpitaux, 19 juin 1896).

L'auteur entre à ce propos dans des détails déjà publiés antérieurement sur le traitement de la diphtérie et de ses complications et donne pour les cinq dernières années les chiffres suivants :

En 1890, mortalité	. . . .	55,88 °/₀
1891, —	. . . .	52,56 °/₀
1892, —	. . . .	47,64 °/₀
1893, —	. . . .	48,47 °/₀
1894, —	. . . .	21,68 °/₀
1895, —	. . . .	13,85 °/₀

A noter qu'en réponse à une question posée par M. d'Heilly, M. S. dit qu'il lui semble que sous l'influence de la sérumthérapie, les paralysies diphtériques sont encore relativement fréquentes ; elles sont même plus précoces, mais beaucoup moins intenses; elles cèdent rapidement et sans traitement. Pour M. Netter, les paralysies diphtériques diminuent de fréquence, maintenant qu'on emploie la sérumthérapie. L. EGGER.

La diphtérie bactériologique et les injections de sérum, par G. Variot (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 12 mars 1896).

Dans le choix de la thérapeutique à appliquer à la diphtérie, en présence des inconvénients quelquefois fort graves qu'occasionne le sérum, c'est l'examen clinique qui doit, en dernier ressort,rester prépondérant.

Dans les angines à bacille court, il faut donc que les manifestations cliniques en démontrent la virulence pour motiver une intervention thérapeutique. Lorsque les colonies de Lœffler sont très riches, même de bacilles moyens, et que, cliniquement, les symptômes n'ont pas de gravité (pharyngite catarrhale, légers exsudats circonscrits, état général satisfaisant), il faut se contenter de surveiller la gorge et se tenir prêt à intervenir dans le cas où la diphtérie bactériologique se transformerait en diphtérie clinique. L. EGGER.

Des accidents causés par le streptocoque, à la suite des injections du sérum de Roux, par Sevestre (*Bulletin méd.*, 2 février 1896).

Il résulte d'un certain nombre d'observations identiques, prises par l'auteur, que le sérum de Roux peut déterminer une éruption d'urticaire sans importance survenant cinq à dix jours après l'injection. Plus rarement, l'injection peut être suivie d'accidents tardifs, apparaissant vers le treizième jour, caractérisés par une éruption polymorphe, des arthropathies, un état général souvent très inquiétant. Ces accidents ne surviennent jamais dans la diphtérie pure; ils ne se voient que dans la dipthérie associée, et sont en rapport avec l'infection par le streptocoque. Le sérum favorise le développement de ces accidents, mais sans cependant exalter la virulence du streptocoque.

En conséquence, S. formule comme suit les indications et contre-indications du sérum :

A. — Dans la diphtérie pure, l'injection est de règle.

B. — Dans la diphtérie associée au streptocoque, la crainte des accidents du sérum ne doit pas empêcher de recourir aux injections.

C. — L'hésitation est permise quand l'examen bactériologique révèle l'existence en abondance du streptocoque associé au bacille court.

D. — Pas d'injection de sérum de Roux lorsqu'il n'y a que du streptocoque.

E. — Si l'examen bactériologique n'a pas pu être fait :

Dans un cas d'angine légère, au début, il faut attendre le résultat de l'examen bactériologique et se tenir prêt à faire l'injection, pour peu que le mal fasse des progrès.

Quand la maladie présente quelque gravité, et surtout s'il s'agit du croup, sans attendre le résultat de la culture, il faut injecter du sérum de Roux. L. EGGER.

La sérothérapie anti-diphtéritique pratiquée sur un vieillard de 84 ans, par RUGGERO MONTELUCCI (*Bolletino delle malastie de l'oreccho golae naso*, janvier 1896).

Cette observation a trait à un homme de 84 ans qui avait eu, sept ou huit ans auparavant, une attaque d'apoplexie, mais dont l'état général était cependant relativement bon. Il fut pris d'angine en apparence catarrhale au début. Puis, les symptômes s'aggravèrent, la fièvre augmenta et il se forma par endroits, sur les amygdales des plaques d'un exsudat blanchâtre qui s'étendit progressivement à toute la gorge On pratiqua au bout de quatre jours une injection de 10 centimètres cubes de sérum. L'état général et local s'améliora aussitôt et le malade guérit complètement. L'examen bactériologique n'a pu être fait. H. DU F.

Nouveau transformateur électrique s'adaptant aux courants urbains et destinés aux usages médicaux (*Archives internat. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril 1896).

Sous ce titre, l'auteur fait connaître le nouveau tableau de Heller, mais n'entre pas dans les détails de la construction de cet appareil. Il en vante les avantages, qui résultent de la transformation des courants énormes de la ville, de telle sorte qu'ils peuvent être utilisés sans danger en médecine. L. EGGER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Larynx et Trachée

Brindel. Epithélioma pavimenteux lobulé du larynx (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 mars 1895).

Deléarde. Les deux premières opérations de tubage à Lille (*Bull. méd. du Nord*, 22 mars 1895).

Baudouin. Contribution à l'étude de l'intubation dans le croup (Thèse de Paris, juin 1895).

Guillemin. Essai sur la phonation (*La Voix parlée et chantée*, juin 1895).

G. Variot. Observation sur l'action de la vapeur d'eau dans le traitement du croup et de la laryngite suffocante (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 13 juin 1895).

O. Guelliot. Les trois premiers cas d'intubation à Reims (*Union méd. du Nord-Est*, 15 juin 1895).

H. Mendel. Efficacité rapide de l'injection sous-cutanée de calomel dans la laryngite tertiaire (*Soc. franç. de Derm. et syphil.*, 13 juin 1895).

J. Comby. A propos des vaporisations dans le traitement de la diphtérie laryngée (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 20 juin 1895).

C. Périer. Laryngotomie pour tumeur du larynx (*Acad. de méd.*, séance du 25 juin, Paris 1895).

G. Variot. Le tubage comme procédé accidentel d'écouvillonnage du larynx dans le croup (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 27 juin 1895).

Delvincourt. Intubation (*Soc. méd, de Reims in Union méd. du Nord-Est*, 30 juin 1895).

A. Hugues. Des inconvénients de l'intubation laryngée dans le croup ; étude critique (Thèse de Lyon, mai 1895).

Bonain. Laryngite œdémateuse chez un enfant de 15 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant 24 heures. Guérison (*Rev. mens. des mal. de l'enf*, juillet 1895).

R. Meslay. Croup. Intubation prolongée. Trachéotomie avec ulcération consécutive de la trachée et médiastinite suppurée (*Rev. mens. de mal. de l'enf.*, juillet 1890).

Tsakiris. Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup (Thèse de Paris, juillet 1895).

J. Brœckaert. Recherches expérimentales sur le centre cortical du larynx (*Rev. de lar. rhin. otol.*, 1er août 1895).

Noquet. Un cas de kyste de l'épiglotte (*Rev. de lar. otol. rhin.*, 1er août 1895).

Chapuis. Note sur l'innervation du larynx (*Province méd.*, 6 juillet 1895).

Jeannel. Épithélioma du larynx. laryngectomie totale; guérison; résultats éloignés (*Arch. méd. de Toulouse*, 15 juin 1895).

H. Lavrand. Epingle au niveau du larynx; extraction (*Journ. des so. méd. de Lille*, juillet 1895).

BELGIQUE

Oreille

V. Boland. Les suppurations de l'attique (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, avril 1894).

W. Schleicher. Service d'oto-laryngologie de l'hôpital Ste-Elisabeth à Anvers, année 1893. Rapport statistique (*Ann. de la soc. de méd. d'Anvers*, janvier 1894).

W. Schleicher. I. Un cas de guérison de surdi-mutité acquise. — II. Affections chroniques graves de l'oreille (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

F. Schiffers. Présentation d'une pièce anatomique (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

C. Delstanche. I. Instrument pour l'extraction de l'enclume. — II. Appareil à injections de l'attique (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Wodon. Modifications du spéculum auri (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Delie. Exostose du conduit auditif externe (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

E. Eeman. De la nature de la sclérose auriculaire (5e réunion des oto. lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

L. Béco. Extraction du marteau par le procédé Delstanche (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Broeckaert. Les injections de paraffine liquide dans la sclérose auriculaire (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

X. Francotte. Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, juillet 1894).

J. Broeckaert. Rapport sur la clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Gand, pendant l'année 1893 (*Ann. de la soc. de méd. de Gand*, 1894).

Buys. Le traitement de la surdité pratiqué chez les sourds-muets par le Professeur Urbantschitsch (*Policlinique*, 15 septembre 1894).

Hicguet. A propos des écoulements d'oreille (*Policlinique*, 15 mars 1895).

Debry. Deux cas d'anomalie congénitale de l'oreille (*Arch. méd. belges*, mars 1895).

C. Goris. Traitement radical du lupus de l'oreille et du nez (6e réunion des otol. et lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

L. Bayer. Otorrhée et mastoïdite (6e réunion des oto-laryng. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

Buys. Nécrose d'une partie de l'occipital à la suite d'une mastoïdite (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

C. Delstanche. Compresseur du tympan (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

E. Coosemans. Cinquième congrès international d'otologie, Florence, 23-26 septembre 1895. Compte-rendu sommaire des Drs Bobone et Grazzi, traduit de l'italien (Broch. de 92 pages, impr. Vandeweghe, Bruxelles, 1895).

W. Schleicher. Rapport statistique sur le service d'oto-laryngologie de l'hôpital Ste-Elisabeth à Anvers, années 1894 et 1895 (*Belgique méd.*, n° 6, 1896).

Hennebert. 1° Temporal carié (pièce anatomique ; 2° Carcinôme épithélial du temporal (cas clinique) (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. I et II, 1896).

Rutten. Exostose du conduit auditif droit. Ablation au moyen de la gouge. Guérison (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. 1, 1896).

W. Schleicher. Quelques rares cas de méningite auriculaire (*Belgique méd.*, 14 mai 1896).

Delsaux. Un cas d'otite moyenne suppurée donnant lieu à une thrombose des sinus crâniens (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

L. Rousseaux et **Hennebert.** Considérations nouvelles sur l'antrectomie. Présentation de pièces anatomiques et de malades (*Bull.* de *la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

Gevaert. Cas typiques de maladie de Ménière (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

Larynx et Trachée

Hicguet. De certains accidents laryngés dans le tabès (*La Policlinique*, 15 novembre 1893).

Cheval. Laryngectomie ; mort (*Clinique*, 19 octobre 1893).

Mabille. Sur un cas de typhus ambulatoire compliqué d'œdème du larynx (*Clinique*, n° 43, 1893).

C. Hicguet. Cas de syphilis (*La Policlinique*, 15 janvier 1894).

E. Eeman. Un cas de carcinôme kératinisant du larynx (5e réunion des oto-laryngol. belges, Anvers, 17 juin 1894).

A. Capart. Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée (5e réunion annuelle des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

L. Rousseaux. Du galvano-cautère dans le traitement des tumeurs bénignes du larynx. Quelques considérations au point de vue du chant (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Gevaert. Statistique de 162 cas de trachéotomie dans le croup (*Flandre méd.*, 1er mai 1894).

Hicguet. Des corps étrangers du larynx (*Policlinique*, 15 septembre 1894).

Simonis. Trachéotomie et soins consécutifs (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, novembre 1894).

C. Hicguet. Lupus du larynx (6e réunion des oto. laryng. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

L. Bayer. I. Miroirs laryngoscopiques aseptiques. — II. Contribution à l'étude des rapports existant entre l'appareil sexuel de la femme et les affections laryngées. Cas de sténose laryngée disparaissant après avortement chez une tuberculeuse (6e réunion des oto. lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

Boland. Quelques mots sur certains tirages respiratoires (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 avril 1895).

Noquet. Kyste de l'épiglotte (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 mai 1895).

Broeckaert. Le centre cortical de la phonation (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 mai 1895).

Eeman. A propos d'un cas de trachéotomie (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc 1, 1896).

Depage. Laryngectomie (*Bull. de la soc. royale des sc. méd. et nat. de Bruxelles,* juillet 1896).

Nez

C. Hicguet. Trois cas d'ethmoïdite (*La Poliolinique*, 15 janvier 1894).

Wodon. Syphilis nasale. Expulsion d'os nécrosés (*Presse méd. belge*, no 1, 1894).

Hicguet. Des abcès des maxillaires (*Policlinique*, 15 mars 1894).

Vanderwaeter. Les végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Arch. méd. belge*, mai 1894).

L. Béco. Kyste volumineux du nez (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

P. Meyjes. Instrument pour l'inflammation chronique du sinus maxillaire (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Wodon. Instrument destiné à assurer le tamponnement continu des fosses nasales antérieures (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Guye. Deux cas de polypes des choanes (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

W. Schleicher. Polype muqueux naso-pharyngien (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

F. Schiffers. De la pathogénie de l'ulcère perforant de la cloison (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

L. Bayer. Glycosurie d'origine nasale ; guérison par le rétablissement de la respiration nasale (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Delie. Hydropisie du sinus maxillaire, hydrorrhée nasale (5e réunion des oto. lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

O. Laurent. Cathétérisme et exploration du sinus sphénoïdal sans spéculum (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

L. Rousseaux. A propos de nos curettes électriques (5e réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

C. Hicguet. Des corps étrangers des fosses nasales (*Policlinique*, 15 juillet 1894).

Buys. Empyème des sinus (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 25 mai 1895).

Hicguet. Observations de tumeurs tuberculeuses de la cloison nasale (*Policlinique*, 15 mai 1895).

Cheval. Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 22 juin 1895).

A. Capart. I. Polypes fibreux naso-pharyngiens. — II. Tumeur adénoïde et amygdales enlevées avec l'anse électrique (6e réunion des otol. et lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

L. Bayer. Lupus du nez, des lèvres, du bord alvéolaire supérieur et du larynx (6e réunion des oto-laryng. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

J. Wodon. Tumeur sarcolymphadénoïde du lobule du nez (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

L. Béco. Quelques mots sur le tamponnement dans les épistaxis rebelles (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

Wagnier. Bulle ethmoïdale (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

C. Goris. L'ozène au bord de la mer (IIe Congrès intern. de thalassothér. Ostende, 28 août 1895).

Pierre. Traitement des rhinites par l'eau de mer (IIe Congrès intern. de thalassothér. Ostende, 29 août 1895).

L. Gérard. Sur la détermination d'un corps métallique dans les fosses nasales (*Soc. royale des sciences méd. et nat. de Bruxelles*) séance de janvier 1896).

J. Wodon. Guérison d'un cas d'acné hypertrophique par le traitement chirurgical (*Presse méd. belge*, 2 février 1895).

Eeman. De la diphthérie nasale (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. 1, 1895).

Rousseaux. Cornet ampullaire (pièce anatomique (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. I. 1896).

Gallet. Fibrôme naso-pharyngien (*Bull. de la soc. royale des sciences méd. et nat. de Bruxelles*, no 3, 1896).

Buys. A propos d'un cas de rhinite pseudo-membraneuse de nature diphthérique (*Policlinique*, 15 juin 1896).

L. Bayer. Le microbe de l'ozène (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

A. Delie. Polype muqueux énorme des fosses nasales. — II. Crêtes de la cloison nasale. Quelques considérations sur leur traitement (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

Hennebert. Décortication du cornet inférieur. Hyperplasie (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

O. Laurent. La résection temporaire du maxillaire supérieur dans l'extirpation des tumeurs naso-pharyngiennes (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

E. Eeman et **L. Bayer**. Rhinite pseudo-membraneuse et diphthérie nasale (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

A. Capart et **Delsaux**. Pathogénie et traitement de l'ozène (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

Blondiau. I. Quelques observations sur la transfixion du cornet. — II Réflexes déterminés par certains états pathologiques du nez (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

C. Goris. Relation entre les sinusites chroniques et la santé générale (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

Noquet. Un cas de tumeur fibro-cartilagineuse celluleuse et télangiectasique de la cloison des fosses nasales (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc, II, 1896).

Hennebert et **Jauquet.** Cure radicale des tumeurs adénoïdes (*Clinique*, 23 juillet 1896).

Pharynx et Varia

E. Buys. Contribution à l'étude bactériologique des amygdalites lacunaires aiguës (*La Policlinique*, 15 novembre 1893).

Cheval. De l'hypertrophie de la tonsille rétro-pharyngienne et de ses complications (Vol. de 203 pages, Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1894).

Jamsin. Angine phlegmoneuse se terminant par gangrène du pharynx (*Arch. méd. belges*, décembre 1893).

Godart. Recherches sur la transplantation progressive de la glande thyroïde chez le chien (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 27 janvier 1894).

C. Canter. Myxœdème et goître exophtalmique (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, janvier 1894).

Boulengier. Les angines, maladies générales (*Presse méd. belge*, n° 2, 1894).

Wodon. Fibrôme du voile du palais (*Presse méd. belge*, n° 1, 1894).

Canter. Myxœdème guéri par l'ingestion de glandes thyroïdes fraîches de mouton (*Soc. méd. chir. de Liège*, 4 janvier ; in *Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, février 1894).

Vandervelde et **Le Bœuf.** Le goître dans la maladie de Basedow (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 3 mars 1894).

L. Gallez. La diphthérie en Belgique. Ses causes et sa prophylaxie (In-8° avec figures dans le texte ; H. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1894).

Rossomme. Epithélioma de la langue et du plancher de la bouche (*Presse méd. belge*, n° 3, 1894).

C. Hicguet. Un cas de nécrose du maxillaire inférieur (*La Policlinique*, 15 avril 1894).

Wodon. Cas d'angine herpétique typique avec poussées d'herpès sur et dans le nez (*Presse méd. belge*, n° 18, 1894).

E. Buys. Action curative chez l'homme d'un extrait de glande thyroïde (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 16 juin 1894).

C. Goris. I. Un cas de névralgie sous-orbitaire. — II. Un cas de goître (5e réunion des oto.-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

F. Schiffers. Sarcôme de l'amygdale (5e réunion des oto.-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

W. Schleicher. Présentation d'instruments (5e réunion des oto.-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Boland. Sur l'enseignement de la lecture de la parole sur les lèvres (5ᵉ réunion des oto.-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Buys. Contribution à l'étude du principe antimyxœdémateux de la glande thyroïde (5ᵉ réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Lecocq. Paralysie du voile du palais (5ᵉ réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Wagnier. Brûlure du pharynx, du larynx et de l'œsophage par ingestion d'acide sulfurique (5ᵉ réunion des oto-lar. belges, Anvers, 17 juin 1894).

Borgne. Large division du voile du palais et de la voûte palatine. Appareil prothétique (*Presse méd. belge*, nº 24, 1894).

Godart et **Slosse.** Note sur la toxicité urinaire des chiens éthyroïdés (*Journ. de méd. chir. et pharm.*, 25 août 1894).

M. Funck. La guérison de la diphthérie au moyen de la sérothérapie (*Journ. de méd. chir. et pharm.*, 6 octobre 1894).

E. Remouchamps. Le traitement de la diphthérie à Berlin (*Scalpel*, 11 novembre 1894).

J. Félix. A propos du traitement local de la diphthérie (*Scalpel*, 11 novembre 1894).

E. Remouchamps et **Ch. Naudts.** Un cas de diphthérie traité par la séro-thérapie (*Scalpel*, 18 novembre 1894).

Charon. Du traitement de la diphthérie par le sérum d'antitoxine (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, tome III, fasc. 4, 1894).

C. Hicguet. A propos du traitement de l'amygdalite (*La Policlinique*, 15 novembre 1894).

Cheval. Amygdalite pultacée rétropharyngienne (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 29 décembre 1894).

O. Delbastaille et **E. Malvoz.** Un cas de diphthérie pharyngo-laryngienne guérie par le sérum de Roux (*Scalpel*, 13 janvier 1895).

Hicguet. De l'amygdalite linguale aiguë (*Policlinique*, 15 janvier 1895).

Canter. Contribution à l'étude des fonctions de la glande thyroïde. Pathogénie de la maladie de Basedow (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, janvier 1895).

E. Tadeus Nauwelaers. Note sur le traitement de la diphthérie par la sérothérapie (sérum antitoxique de Behring, sérum artificiel de Heryem (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 2 février 1895).

E. Malvoz. Les premières applications du sérum de Roux dans la province de Liège (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, février 1895).

Nauwelaers. Contribution à l'étude bactériologique des angines à fausses membranes (*Ann. de la soc. des sc. méd. de Bruxelles*, fasc. I, 1895).

Bienfait. Etude sur la pathogénie de la maladie de Basedow (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, mars 1895).

J. Denys. Le sérum dans le traitement de la diphthérie (*Louvain*, 1895).

Van Gehuchten. La syphilis cérébrale. Un cas de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine syphilitique (*Policlinique*, 1ᵉʳ avril 1895).

Simonis. Observation d'un cas de diphthérie traité par la sérothérapie (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, avril 1895).

Nauwelaers. Statistique de diphthérie (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 8 juin 1895).

Depage. Pharyngectomie (*Soc. royale des sc. méd. et nat.*; in *Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 15 juin 1895).

A. Capart. Intervention chirurgicale dans le cancer des voies digestives supérieures (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

Rutten. Syphilôme énorme de la paroi latérale droite du cou et de la gorge (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

L. Béco. Adénome du palais osseux (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

W. Schleicher. Manche galvanocaustique à rhéostat (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

A. Gouguenheim. La diphthérie chez l'adulte (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

Delie. Amygdalite folliculaire ulcérée (6e réunion des oto-lar. belges, Bruxelles, 16 juin 1895).

Godart-Danhieux. Un cas de myxœdème avec ascite traité par l'extrait thyroïdien (*Journ. de méd. chir. et pharm.*, 13 juillet 1895).

Allard. Un cas de myxœdème infantile traité par l'extrait thyroïdien : résultat d'un traitement d'une année (*Policlinique*, 15 septembre 1895).

Hertoghe. De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, n° 9, 1895).

L. Wilmart. Un muscle anormal auriculo-styloglosse (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 14 décembre 1895).

C. Hicguet. A propos de l'amygdalite nécrosique (*Policlinique*, 15 janvier 1896).

Depage. Extraction d'une coquille osseuse placée dans le tissu cellulaire péri-œsophagien (*Soc. roy. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, séance de janvier 1896).

Bayer. Un cas d'ulcère induré de l'amygdale (*Bull. de la soc. belge d'otol et lar.*, fasc. 1, 1896).

Eeman. Angine à streptocoques traitée par le sérum antistreptococcique (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. 1, 1896).

Godart-Danhieux. Sur le myxœdème et la physiologie du corps thyroïde (*Policlinique*, 15 mars 1896).

E. Malvoz. Quelques nouvelles statistiques sur la valeur du traitement de la diphthérie par l'antitoxine (*Ann. de la soc. méd. chir. de Liège*, avril 1896).

Depage. Ablation de la langue avec trachéotomie préventive (*Soc. roy. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, séance de juin 1896).

L. Rutten. Excroissance polypeuse de l'amygdale droite (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

J. Broeckaert. I. Effet vésicant dû à une application de cocaïne sur la peau. — II. De l'amygdalite lacunaire aiguë (*Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, fasc. II, 1896).

NOUVELLES

SOUSCRIPTION POUR LE MONUMENT DE WILHEM MEYER

Somme reçue par le Comité français.

Deuxième Liste.

	Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie	100 fr.
MM.	Beausoleil (Bordeaux)	10
	Brindel (Bordeaux)	10
	Gellé (M) (Paris)	20
	Guément (Bordeaux)	5
	Hamon du Fougeray (Le Mans)	10
	Jousset (Lille)	10
	Layrand (Lille)	10
	Lacoarret (Toulouse)	10
	Mouret (Montpellier)	10
	Noquet (Lille)	10
	Suarez de Mendoza (Angers)	10
	Total de la 2e liste	235 fr.
	Total de la liste précédente	565 fr.
	Total	800 fr.

Le Dr Paul Helot, de Rouen, vint de succomber à l'âge de 51 ans, enlevé en trois jours par des accidents urémiques.

Dès 1873 il avait été nommé professeur suppléant d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rouen, et chirurgien en chef de la Maternité de cette même ville. Il y avait acquis une situation prépondérante, quand, en 1886, il donna sa démission, renonça définitivement aux accouchements et à la gynécologie et s'adonna à notre spécialité, à peu près inconnue à Rouen avant lui. De nouveau, il ne tarda pas à s'y faire, dans toute la région, une réputation très justifiée par sa valeur scientifique et par son bon sens clinique. L'otologie et la laryngologie doivent à ses profondes connaissances de l'électricité, plusieurs de leurs progrès ; il restera surtout connu par son photophone électrique, le premier instrument de ce genre qui ait été imaginé et dont tous les appareils lumineux frontaux, actuellement employés, ne sont que des dérivés : en cela, il fit faire un grand pas en avant à notre technique.

Le Dr Wagnier, de Lille, est mort récemment, victime de son devoir professionnel. Il avait été légèrement blessé au doigt en examinant un enfant ; un panaris se développa : et bientôt apparurent des phénomènes d'infection purulente, rapidement mortelle. Il n'avait que 45 ans.

Non plus qu'Helot, Wagnier ne fut un laryngologiste de la première heure. Élève du Val-de-Grâce, il fit pendant quelques années partie du corps de l'armée. En 1885, il donna sa démission, s'installa à Lille comme médecin civil et résolut alors de se consacrer à la pratique des maladies des oreilles, du nez et du larynx qu'il alla longuement étudier à Vienne.

Wagnier était surtout un praticien. Sa bonhomie, son esprit empreint d'une grande originalité et aussi sa réelle habileté opératoire lui va-

lurent une place enviée parmi ses confrères. Cependant il ne comptait parmi eux que des amis : cette année même, il avait été élu président de la Société française d'otologie et de laryngologie.

Notre collègue, le Dr A. Sevestre, médecin de l'hôpital des Enfants Malades, a été chargé d'un cours annexe de sérothérapie de la diphthérie, de tubage et de trachéotomie par la faculté de médecine.

Le Dr A. Baurovicz a été nommé privat-docent de laryngologie à Cracovie.

Les Naturalistes et Médecins allemands ont tenu leur 68e réunion annuelle à Francfort-sur-Main au mois de septembre dernier. On relevait au programme :

Section de Pathologie générale et d'anatomie pathologique.

v. Baumgarten (Tubingue). Sur la diphthérie. — M. B. Schmidt (Strasbourg). Démonstration d'une tumeur amyloïde du larynx et de la trachée.

Section de médecine interne et de pharmacologie.

Rosenheim (Berlin). Gastroscopie et œsophagoscopie. — Kelling (Dresde). Contribution à l'examen de l'œsophage.

Section de pédiatrie.

Loos (Innsbruck), et F. Fischl (Prague), *rapporteurs*. Spasme glottique. — Ritter (Berlin). Sur la coqueluche. — Biedert (Hagenau, Alsace). A propos de la station bactériologique centrale surtout pour la diphthérie. — Lange (Leipzig). Des rapports du spasme glottique avec le rachitisme, en particulier avec le craniotabès. — Seitz (Munich). Quelques rares anomalies de l'ouïe chez l'enfant. — V. Ranke (Munich). Sur la diphthérie scarlatineuse.

Section d'otologie.

Président : Oskar Wolf ; *secrétaire :* H. Seligmann. — 1. O. Koerner (Rostock). Sur les affections du temporal. — 2. Ostmann (Marbourg). Des relations entre l'œil et l'oreille.— 3. Rohrer (Zürick). Sur les déhiscences des enveloppes osseuses de la caisse du tympan. — 4. Szenes (Budapest). *a.* Percussion et auscultation de l'apophyse mastoïde ; b. Communications camistiques. — 5. Katz (Berlin). *a.* Examen pathologique du labyrinthe humain ; *b.* Rapport de l'organe de Corti et des cellules de Deiters chez la chauve-souris. — 6 Kuhn (Strasbourg). Communication. — 7. Guye (Amsterdam) Traitement des affections du nez par les insufflations de menthol et le procédé de Politzer. — 8. Wolf (Francfort-sur-Main). Présentation de malades.

Section de neurologie et psychiatrie.

J. R. Ewald (Strabourg). Rapport entre les centres moteurs cérétraux et le labyrinthe.

Section de laryngologie et rhinologie.

Président : Moritz Schmidt ; *secrétaire :* Vohsen. — 1. Rosenberg (Berlin). Sur le diaphragme laryngien. — 2. Seifert (Wurtzbourg). Communication. — 3. B. Fraenkel (Berlin). Sur l'irritabilité pathologique de la

muqueuse nasale. — 4. P. Koch (Luxembourg). Sur les corps étrangers des voies aériennes supérieures. — 5. Kœrner (Rostock). *a.* Sur les angines chirurgicales ; *b.* Sur l'exsudat séreux du sinus maxillaire ; *c.* Sur le rejet de l'anesthésie pour l'extraction de l'amygdale pharyngée. — 6. Bergeat (Munich). Démonstration sur un crâne de l'asymétrie des choanes. — 7. J. Katzenstein (Berlin). L'orthoscopie du larynx. — 8. Hajek (Vienne). Des rapports entre la cavité frontale et le labyrinthe ethmoïdal avec préparations anotomiques. — 9. Gutzmann (Berlin). Sur la rhinolalie fonctionnelle ouverte. — 10. Scheff (Vienne) Communication. — 11. Kayser (Breslau). Relation de l'ozène avec les végétations adénoïdes. — 12. Massei (Naples). Sur le traitement des rétrécissements aigus du larynx chez l'enfant. — 13. Guarnaria (Naples). Etudes bactériologiques sur le coryza caséeux. — 14. A. Martin Paris). Communication. — 15. Lubet-Barbon (Paris) Communication. — 16. Klemperer. Bactériologie de l'ozène — 17. Reichert (Berlin). *a.* Quelques rares cas de polypes des cavités nasales accessoires ; *b.* Instruments rhino-laryngologiques. — 18. Avellis (Francfort sur-Main). Les méningites rhinitiques. — 19. Thost (Hambourg). Sur les canules trachéales. — 20. Zwaardemaker (Utrecht). Pathologie de l'odorat.

L'*Association Britannique de laryngologie, rhinologie et otologie* a élu son bureau pour 1897 : *Président :* W. Milligan (Manchester) ; *vice-présidents :* J. M. Hunt (Liverpool), F. Marsh (Birmingham), E. C. Wilkin (Londres) ; *Conseil :* G. Stoker, Dundas Grant, Mayo Collier, Wyatt Wingrave, Hemington Pegler (Londres) ; J. Dawson (Bournemouth) ; A. Bronner (Bradford) ; *Trésorier :* Mc Neill Whistler ; *Secrétaires honoraires :* R. Lake et Saint-George Reid.

C'est à Montpellier que se tiendra en avril 1898 la 4e session du Congrès Français de médecine interne sous la présidence du Prof. Bernheim (de Nancy).

En 1900 aura lieu à Paris le 4e Congrès international de dermatologie et syphiligraphie ; le Dr Besnier a été élu à l'unanimité *président* du futur Congrès.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Actinomycose cervico-faciale. Relation des quatre premiers cas observés en Touraine et communiqués à l'Académie de Médecine, le premier en mars 1893, les suivants en juin 1896, par MEUNIER (broch. de 16 pages, librairie Péricat, Tours, 1896).

Etudes cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie. Pratique et enseignement actuel en Europe, par R. BOTEY (fasc. 5, N. Moya éditeur, Madrid, 1896).

Les injections de sérum antidiphthérique employées dans un but prophylactique. Prophylaxie de la diphthérie dans les écoles, par T. DELLA VEDOVA (Extrait du *Journal de la réale soc. ital. d'igiene*, Nos 5, 6, 1896).

Les corps étrangers dans les cavités auriculaires, par V. COZZOLINO (Extrait de la *Rivista ital. de terapia e igiene*, 1896).

Syndrômes pseudo-méningo-cérébraux ou méningismes dans les phlogoses exsudatives auriculaires de la première enfance, leur variété et fréquence des erreurs de diagnostic, par V. COZZOLINO (Extrait du *Boll. delle mal. dell orecchio, gola e naso*, n° 7, 1896).

L'examen de l'œsophage (œsophagoscopie), par K. STÖRK (broch. de 24 pages, avec 8 figures, W. Braumüller, éditeur, Vienne et Leipzig, 1896).

Manuel de laryngologie et rhinologie, publié par P. HEYMANN (3e livraison contenant : 1° l'anatomie et l'histoire du développement du nez et des sinus, par V. v. Mihalkovics ; 2° l'histologie de la muqueuse et des sinus du nez, par P. Schiefferdeker) A Hölder, éditeur, Vienne, 1896).

I. Dysbasie hystérique avec otalgie hystérique. — II. Modification du conduit auditif osseux dans les déformations crâniennes. — III. Présentation d'appareils, par A. Hartmann (Extrait des *comptes rendus de la 5e réunion de la société allemande d'otologie* à Nuremberg, des 22 et 23 mai 1896).

Bulletin de la société de médecine de Rouen (2e série, volume 9, Rouen, 1896).

Atlas der Beleuchtungsbilder des Trommelfells (atlas des figures du tympan, par A. POLITZER (Prix 20 Mk. W. Braumüller, éditeur, Vienne, 1896).

Le Gérant : G. MASSON.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXII. — N° 11. — Novembre 1896.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DE LA BASE DU COU PAR LA LIGATURE SIMULTANÉE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE ET DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITES

Par **Aimé GUINARD**
Chirurgien assistant à l'hôpital Lariboisière.

I

Depuis le mois de septembre de l'année 1892, j'ai pratiqué six fois la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites pour tenter la cure d'anévrysmes artériels de la base du cou. Ma première observation est publiée in extenso dans la thèse du Dr Poivet, à laquelle elle sert de base [1] : la seconde se trouve consignée dans un mémoire que j'ai inséré dans le *Bulletin général de thérapeutique* du regretté Dujardin-Beaumetz [2]. Ma troisième observation constitue le point de départ de la thèse inaugurale du Dr Blacque sur le « Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites [3]. » Il me reste donc trois observations inédites dont les résultats immédiats et tardifs viennent confirmer les conclusions de mon premier mémoire sur cette question. On sera peut-être surpris que j'aie pu réunir en aussi peu de temps six faits de ce genre, car il s'agit d'affections qu'on n'a pas souvent l'occasion d'observer. Cela s'explique très simplement par l'obligeance et la bienveillance de mes collègues et de mes

[1] Poivet, thèse de Paris, février 1893.
[2] *Bull. gén. de thérap.* (30 janv. 15 et 28 févr. 1894.)
[3] Auguste Blacque. Thèse de Paris, 1895.

maîtres, qui m'ont, depuis le début de mes études de ce point particulier de la chirurgie, adressé nombre de malades atteints d'anévrysmes de la base du cou. Je suis heureux de remercier en particulier MM. Duguet, Gouguenheim et Landrieux qui ont bien voulu m'appeler plusieurs fois dans leurs beaux services de Lariboisière pour examiner des malades porteurs d'ectasies artérielles diverses. Il faut bien dire que c'est aux médecins que ces malades s'adressent d'abord, car au début on ne perçoit pas de tumeur appréciable à l'extérieur. Le plus souvent aussi, c'est aux laryngologistes qu'ils viennent demander les premiers soins, en raison des compressions, irritations ou paralysies des récurrents auxquelles ils sont fréquemment exposés tout d'abord. C'est donc le médecin qui doit conduire le malade au chirurgien : c'est à lui qu'incombe le devoir de persuader au malade que son mal est uniquement du ressort de la chirurgie. Je sais bien que la thérapeutique médicale peut avoir une action efficace et je l'ai proclamé copieusement ailleurs (*Bulletin de thérapeutique*, loc. cit. ; thèse de Blacque) mais il faut bien reconnaître que le plus souvent tous les traitements médicaux et l'iodure de potassium lui-même restent absolument impuissants à enrayer la marche fatalement progressive des anévrysmes. Ce que je demande, c'est que le laryngologiste imite la conduite de M. Gouguenheim, et ne s'attarde pas trop à ce célèbre et précieux traitement ioduré : dès que l'inefficacité de ce médicament est bien et dûment constatée, qu'il envoie son malade au chirurgien.

II

Nous avons, en effet, entre les mains une opération qui a donné des résultats inespérés pour la cure des anévrysmes des gros troncs artériels de la base du cou, pour les ectasies du tronc brachio-céphalique et même pour certains anévrysmes de la crosse de l'aorte. Notons bien qu'il ne s'agit pas d'une opération qui donne à tout coup un succès thérapeutique : encore est-il très encourageant, en pareille matière, puis-

qu'il s'agit d'affections incurables d'autre manière, de pouvoir espérer une guérison. Le point capital est de démontrer que l'opération en question, cette ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites est ou du moins doit être absolument innocente. Si le laryngologiste est bien convaincu que son malade ne court aucun danger du fait de l'intervention chirurgicale, il n'hésitera plus à nous l'amener dès le début du mal, quitte à continuer ensuite le traitement médical. Je ferai donc deux paragraphes bien distincts des résultats opératoires de cette méthode de Brasdor et des résultats thérapeutiques.

A. *Résultats opératoires.* — J'ai pratiqué six fois cette opération, et dans un cas seulement j'ai eu une mort imputable à la ligature artérielle, puisqu'elle est survenue cinq jours après, à la suite d'une de ces hémiplégies dites « hémiplégies tardives. » — Ce serait donc une mortalité respectable de 16,66 0/0 pour ma petite statistique particulière. Si cette gravité opératoire était réelle, les résultats thérapeutiques sont trop incertains pour qu'on puisse pousser toujours à l'intervention. Mais il n'en est rien : les guérisons opératoires doivent être de cent pour cent, la léthalité immédiate doit être àbsolument nulle. Mon unique cas de mort est précisément le premier que j'ai observé. Je l'ai publié avec les plus minutieux détails et j'ai pu démontrer que tous les malades atteints d'anévrysmes de la base du cou n'étaient pas justiciables de la ligature de la carotide primitive. Si le malade qui a été le sujet malheureux de ma première observation se présentait à moi aujourd'hui, je refuserais obstinément de lui lier la carotide primitive droite. Et cela, parce que j'ai pu, en étudiant de près les pièces anatomiques, préciser les conditions dans lesquelles se produit le seul accident grave qu'on ait à redouter après cette opération, c'est-à-dire l'hémiplégie tardive.

Selon moi, il suffit de bien connaître la pathogénie de l'hémiplégie tardive post-opératoire pour être assuré qu'on pourra l'éviter toujours. Je considère ce fait comme capital dans la question qui nous occupe ; aussi me permettra-t-on d'entrer dans quelques développements à ce sujet.

Il s'agit d'élucider les causes de cette hémiplégie lente et

progressive qui survient dans certains cas après la ligature. Jusqu'ici les théories les plus diverses avaient été émises. Barwell attribuait les phénomènes cérébraux à de la pyohémie, ou à la migration de petites portions de caillots sanguins. Pilz pensait que les accidents cérébraux sont dûs à un défaut d'équilibre circulatoire. Bérard émettait l'hypothèse « que l'hémiplégie doit être liée à une hémorrhagie cérébrale. »

Mais alors pourquoi cette hémiplégie ne se produit-elle pas au moment précis où on fait la ligature. N'est-ce pas à l'instant même où le fil étreint le vaisseau que « l'ischémie cérébrale » ou que « le défaut d'équilibre dans la circulation encéphalique, » doit être à son maximum d'intensité. Les jours suivants toutes ces irrégularités circulatoires doivent tendre à disparaître à cause de la suppléance collatérale. Richet avait bien vu l'inanité de toutes ces théories : malheureusement son explication n'est aussi qu'une théorie et disons-le, tout aussi vaine que les précédentes. Il se rappelait qu'à une autopsie, Maisonneuve avait trouvé le nerf grand-sympathique pris dans la ligature de la carotide et il attribuait la paralysie tardive à la ligature sinon du tronc nerveux lui-même, au moins des filets importants de ce nerf qui entourent le vaisseau. De la ligature de ces nerfs devait résulter, selon Richet, une vaso-dilatation paralytique des artères cérébrales : « la circulation dans le département confié à ces artères languit, d'où des congestions passives et l'hémiplégie consécutive. » Cependant il semble dans son article du Dictionnaire n'être qu'à demi-satisfait de sa théorie, car en rappelant que Le Fort explique l'hémiplégie tardive par « un ramollissement cérébral consécutif à une embolie » il ajoute : « C'est là une opinion fort plausible à laquelle il ne manque que la démonstration directe ; il faut donc attendre les faits et il sera temps alors de la discuter. » Le desideratum signalé par Richet est désormais comblé et l'autopsie de mon premier opéré permet de donner du phénomène une explication définitive et sans conteste, basée sur une « démonstration directe. » Il ne s'agit ni d'ischémie, ni de congestion cérébrale, ni même d'embolie ; c'est une thrombose ascendante qui se produit, une thrombose qui part de la ligature pour remonter progressivement et plus ou moins lente-

ment jusque dans les branches les plus reculées des carotides. J'ai pu suivre le caillot carotidien depuis le fil à ligature jusque dans l'artère sylvienne et jusque dans l'artère ophtalmique : en le saisissant avec une pince dans la lumière de l'ophtalmique à son entrée dans l'orbite, j'ai pu arracher un véritable chevelu résultant de la coagulation du sang dans les petites branches de ce vaisseau. De même pour les branches de la carotide externe correspondante, j'ai poursuivi le caillot sur la plus grande partie de leur trajet.

Pourquoi cette thrombose ne se fait-elle pas dans tous les cas de ligature de la carotide primitive ?

Toute la question est là.

Mon observation permet de donner une réponse précise et je me borne ici à répéter ce que j'ai déjà écrit : « Lorsque la carotide gauche est de calibre normal, la circulation cérébrale ne souffre pour ainsi dire pas de la ligature de sa congénère droite, tant les anastomoses entre le système artériel cérébral droit et celui du côté gauche, sont larges et multipliées. De telle sorte que, lors de la ligature de la carotide primitive droite, *la carotide gauche étant saine,* on ne voit jamais le caillot partant de la ligature s'étendre au-dessus de la naissance de la carotide externe. Le courant sanguin artériel arrive à plein canal de la carotide externe gauche dans la carotide externe droite, et le mouvement du sang dans les carotides externe et interne droites empêche toute coagulation dans la lumière de ces vaisseaux. Pour que le caillot remonte au-dessus de la carotide interne, il faut de toute nécessité que le courant rétrograde de la carotide gauche dans la droite ne puisse pas se faire, et c'est ce qui se présentait dans ma première observation où j'ai noté expressément avant l'opération que les pulsations carotidiennes, faciales et temporales gauches, n'existaient pas. On peut voir d'ailleurs, par les détails de l'autopsie, que les artères correspondantes étaient depuis longtemps complètement oblitérées et ne fonctionnaient pas. » Le fait capital qui domine selon moi toute la question, est de savoir si la carotide gauche est perméable quand on veut lier la droite : et la conclusion pratique est des plus simples : « *On ne doit jamais pratiquer la ligature de la*

carotide primitive droite si (comme cela avait lieu chez ma première malade), on constate que la carotide gauche et ses branches ne présentent pas la plus petite trace de pouls. »

Dans ces cas-là, l'attention est attirée par l'exagération des pulsations dans le système carotidien droit. Aussi dirai-je en manière de conclusion : si les pulsations carotidiennes, faciales, labiales et temporales gauches manquent, et si par suppléance tout le côté droit de la face, énergiquement soulevé pas des battements artériels, est en mouvement, ce qui forme un contraste saisissant avec le côté gauche, il faut s'abstenir de toute ligature sur la carotide primitive droite. Et je le répète encore, si actuellement j'avais à donner des soins à la malade qui a été le point de départ de mes études sur ce point, je refuserais absolument de pratiquer sur elle l'opération à laquelle elle devait forcément succomber, étant donnée l'oblitération constatée de tout son système carotidien gauche.

III

Depuis que cette notion m'est devenue familière j'ai refusé plusieurs fois d'intervenir par la méthode de Brasdor pour la cure d'ectasies aortiques ou innominées. Cette oblitération de la carotide primitive gauche est en effet plus fréquente qu'on ne croit chez les sujets porteurs d'anévrysmes de la base du cou ou du médiastin supérieur. C'est au point qu'on peut se demander si cette sténose artérielle qui amène une augmentation considérable de la tension sanguine dans la carotide droite n'est pas la cause première de l'ectasie de cette artère. Il est vrai que c'est peut-être, au contraire, la tumeur anévrysmale elle-même qui vient comprimer l'origine de la carotide gauche et peut ainsi amener son oblitération. Cette question fort intéressante demande un supplément d'étude et je ne me sens pas en mesure de l'élucider pour le moment. Quoi qu'il en soit, depuis que je me suis astreint à éloigner du bistouri tout malade dont le système carotidien gauche n'est pas indemne, je n'ai plus eu le moindre incident fâcheux opératoire et post-opératoire à déplorer. Je veux dire par là que toutes les autres

complications qu'on s'est plu à énumérer peuvent être aisément évitées. Cette double ligature faite dans les conditions que j'indique est d'une innocence absolue. Il est bien clair qu'il ne faut pas inciser la jugulaire, lier le pneumogastrique ou le grand sympathique, ouvrir le cul-de-sac pleural, etc... Mais en dehors de ces accidents qui ne doivent pas se produire et que, pour ma part, je n'ai jamais observés, il ne faut pas s'effrayer de la lecture des observations anciennes. D'abord, il semblerait, à priori, qu'une ligature placée sur un aussi gros vaisseau dans le voisinage d'un anévrysme expose à couper les tuniques et par suite à provoquer une formidable hémorrhagie. L'expérience montre que rien n'est moins réel : les artères les plus voisines des anévrysmes sont en général aussi souples qu'à l'état normal. Et comme nous le verrons plus loin, dans l'observation qui fait le sujet de cette étude, chez la malade de M. Gouguenheim, j'ai pu hardiment placer mes fils presque au contact de la tumeur anévrysmale. Et notez bien que je me sers tout simplement pour ces ligatures d'un gros fil de soie tressée, n° 4 ou n° 5. J'ai seulement le soin de ne pas faire le nœud du chirurgien, c'est-à-dire de faire un nœud simple à un seul tour. Cela est loin de ces ligatures préconisées par les Américains et les Anglais, par Barwell en particulier, avec le tendon suspenseur de la queue du Kanguroo (Girdlestone de Melbourne), avec les tendons de la baleine (Ishigouro du Japon, Berchenna et Baely), avec des lanières taillées dans l'aorte du bœuf (Barwell). Tous ces chirurgiens redoutaient surtout les hémorrhagies secondaires ou tardives ; mais ne savons-nous pas maintenant que ce n'est pas la nature du fil qui permettra d'éviter ces hémorrhagies secondaires ; c'est uniquement son asepsie. Aussi n'avez-vous pas à craindre d'hémorrhagie tardive, quel que soit le fil employé, pourvu que vous soyez sûr de son asepsie. Barwell qui a pourtant excellemment écrit sur ce sujet nous paraît loin de la réalité des faits quand il disait : « La ligature des gros vaisseaux au voisinage du cœur (surtout l'innominée et la sous-clavière) a toujours été suivie d'une hémorrhagie secondaire, quand les sujets ont eu une survie suffisante.» Je le répète, cela pouvait être vrai à l'époque préantiseptique, mais actuellement avec l'asepsie absolue, je n'ai jamais vu

même une menace d'hémorrhagie tardive. A plus forte raison ne saurait-il être question de pyohémie, de méningo-encéphalite infectieuse, et d'abcès cérébral. Toutes ces complications n'entrent plus en ligne de compte avec la pratique de l'asepsie. — Et je me résume en disant : la double ligature de la carotide et de la sous-clavière droites est une opération absolument innocente, en faisant la réserve de la contre-indication susmentionnée.

IV

B. Reste maintenant à préciser les *résultats thérapeutiques* qu'on peut attendre de cette intervention.

Ici, je suis vraiment embarrassé pour donner une conclusion ferme. Pour les anévrysmes de la crosse de l'aorte il y a une distinction capitale à établir. Si l'ectasie siège sur la portion horizontale de la crosse, en dehors, c'est-à-dire à gauche de l'origine du tronc innominé, la double ligature ne peut avoir aucune action. C'est là un fait d'observation qui ressort de la lecture de la thèse de mon élève le Dr Blacque (loc. cit.). Je ne veux pas sortir des limites de cet article, en rappelant les causes de cette particularité et je me borne à renvoyer le lecteur à la thèse en question. Mais quand l'anévrysme siège sur la portion ascendante de la crosse, quand il occupe, comme cela est fréquent, l'origine et la moitié inférieure du tronc brachio-céphalique, l'opération donne des résultats manifestement supérieurs à ceux que peuvent laisser espérer tous les traitements connus. Dans le cas où j'ai opéré un anévrysme de l'aorte, la tumeur était prête à s'ouvrir à l'extérieur ; la peau présentait des marbrures et une teinte rosée de tel aspect, que chaque matin à son entrée dans la salle, M. Duguet demandait si la poche s'était perforée. Or, à dater de mon opération, tous ces phénomènes menaçants que la malade considérait elle-même avec angoisse, ont disparu : et la mort est survenue plus d'un mois après à la suite d'accidents broncho-pulmonaires, sans que la poche se soit ouverte à la peau. Je suis intimement convaincu que si j'avais opéré

avant que la tumeur ait pris un pareil développement, j'aurais obtenu une guérison. Je supplie donc les laryngologistes de se pénétrer de cette idée féconde, que l'opération est d'une innocence absolue (quand elle n'est pas contre-indiquée par la sténose carotidienne gauche) et d'amener au chirurgien de bonne heure tous leurs anévrysmes de la base du cou. C'est alors seulement qu'on aura des chances d'arriver à un résultat thérapeutique complet. J'ai écrit l'an dernier à Richard Barwell pour savoir si la double ligature était couramment employée à Londres depuis la publication de son beau mémoire. L'éminent chirurgien de l'hôpital de Charing Cross m'a fort obligeamment répondu par tous les renseignements bibliographiques qu'il possédait, et j'ai pu m'assurer que cette opération n'avait pas été vulgarisée en Angleterre. En France, je citerai M. Le Dentu qui, dans la séance du 29 janvier 1895 à l'Académie de médecine, prenait la parole à la suite d'un rapport de M. Berger sur un travail de M. Monod qui avait présenté un malade guéri par la double ligature périphérique d'un anévrysme de la base du cou. « Je connais, dit-il, un certain nombre de faits dans lesquels, bien que la poche anévrysmale intéressât l'aorte en même temps que le tronc brachio-céphalique, la ligature périphérique des gros vaisseaux du cou a fourni des résultats appréciables [1]. »

Malheureusement cette parole de M. Le Dentu n'a guère pénétré dans le corps médical. Je voudrais y joindre le résultat de mon expérience à ce sujet et je suis convaincu que ce sera là le seul traitement appliqué à l'avenir aux ectasies de l'aorte ascendante. Je n'insisterai pas non plus sur les résultats thérapeutiques obtenus par cette méthode de Brasdor quand l'anévrysme siège sur le tronc brachio-céphalique. Le fait est absolument classique, et cela ressort de l'article de mon ami Walther dans le Traité de chirurgie. Je renvoie aussi sur ce point à la thèse du Dr Poivet et à mon mémoire précédent (loc. cit.). — Reste une objection qui est dans la pensée de tous ceux qui lisent ces lignes. Comment fera-t-on le diagnostic de ces divers anévrysmes? Comment et par quels

[1] *Semaine médicale*, p. 49, n° 6, 30 janvier 1895.

signes savoir si l'ectasie siège sur l'aorte, sur le tronc innominé, sur la carotide primitive, ou sur la sous-clavière? — Ma réponse est brutale, mais simple et pratique. Je dirai hardiment : ne cherchez pas à faire ce diagnostic ; n'ayez pas la prétention de préciser le siège exact du mal ; contentez-vous de dire : anévrysme de la base du cou, et rappelez-vous qu'un seul et même traitement convient à tous les anévrysmes compris sous cette dénomination. Il me semble que la question ainsi résolue est singulièrement simplifiée. J'ai montré ailleurs, que presque toujours l'autopsie avait donné des démentis éclatants à des diagnostics trop précis : et j'ai conclu, preuves en mains, dans mon mémoire, qu'il n'existe pas de signe certain qui permette d'affirmer le siège précis des ectasies de la base du cou, et cela, quoi qu'en ait pu dire M. François Franck. Il faut donc se résoudre à rester dans le vague au point de vue de ce détail du diagnostic ; et cela, je le répète, a d'autant moins d'importance que le même traitement convient à tous les cas.

V

Je n'ai plus, après tout ce qui précède, qu'à terminer par la relation d'une de mes observations inédites due à l'obligeance de M. Gouguenheim.

Rhumatisme chronique. -- Athérome artériel généralisé : dilatation anévrysmale du tronc brachio-céphalique. — Paralysie totale de la corde vocale gauche par compression récurrentielle. — Ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite à leur insertion sur la tumeur.

Marie D. âgée de 52 ans, couturière, entre le 9 novembre 1895 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Gouguenheim, salle Aran. Ses antécédents héréditaires n'ont rien de saillant, Père mort à 82 ans ; mère morte de la variole à 54 ans. Elle a trois frères et une sœur bien portants : un de ses frères est mort d'accident à 48 ans. Mariée à 21 ans, elle a eu deux enfants qui vivent encore en très bonne santé. A l'âge de 26 ans, elle a eu sur tout le corps des « rougeurs » qui ont été soignées par l'iodure de potassium et par des pilules dont elle ignore le con-

tenu. Dès qu'elle cessait l'usage de l'iodure les rougeurs reparaissaient. Pendant deux ans elle a pris ainsi de l'iodure. Malgré toutes les recherches on ne trouve sur la malade aucun stigmate de syphilis. A l'âge de 33 ans, elle a eu une bronchite qui l'a tenue deux mois au lit. Il y a quinze ans qu'elle a remarqué pour la première fois qu'elle s'essoufflait facilement en montant les escaliers: et elle a commencé, dès lors, à souffrir de douleurs vagues dans les jointures. Elle a actuellement de la déformation des ongles et des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils. Les genoux sont gros et craquent pendant les mouvements: la peau est luisante et terreuse. Elle a eu, d'ailleurs, en 1878 une poussée aiguë de rhumatisme articulaire pour laquelle elle a pris du salicylate de soude.

Les accidents dus à son anévrysme semblent, en réalité, remonter à trois ans. A cette époque en montant un escalier, elle fut prise d'un accès de suffocation avec sensation de constriction à la gorge. Des accès semblables sont survenus, durant six semaines, à la moindre fatigue, et depuis ce temps-là, il n'y a jamais eu de rémission complète. Pendant dix mois elle a gardé la chambre, soignée pour une congestion pulmonaire (?) par des vésicatoires, sinapismes, de la digitale, etc. Dans l'intervalle des suffocations, elle respire toujours difficilement. Depuis février 1894, la voix est devenue voilée et sombre, avec cornage très prononcé. Le 25 juin 1895, elle entre dans le service de M. Gouguenheim où les accidents sont si menaçants qu'on se tient prêt à faire la trachéotomie. On la met au traitement ioduré, (3 grammes par jour). Le 16 juillet elle quitte l'hôpital et continue chez elle à prendre de l'iodure. Le 9 novembre elle entre de nouveau dans le service de M. Gouguenheim et le 16 novembre elle passe à la salle Elisa Roy dans le service de M. Peyrot que je supplée.

Cette malade très impressionnable est prise de suffocation à la moindre émotion. Elle ne peut faire aucun travail et ne peut rester dans la position horizontale sans que le cornage et la suffocation augmentent. Elle n'est nullement cachectique, et l'appétit est normal. Localement, on remarque une voussure manifeste au niveau du chef sternal du sterno-mastoïdien. Un peu à droite de la fourchette, on voit nettement des battements rythmiques. Par le palper on trouve, au devant de la trachée, l'extrémité supérieure d'une tumeur qui dépasse de trois travers de doigt la fourchette sternale et dont l'extrémité inférieure se perd dans le médiastin supérieur. Cette tumeur est lisse, régulière, arrondie, avec des battements violents, synchrones avec les

mouvements du cœur. Elle semble se prolonger du côté gauche, mais sa matité se confond avec celle de l'aorte et du cœur. Les pulsations des deux radiales sont absolument synchrones et on ne trouve aucune différence entre les deux tracés sphygmographiques pris sur l'une et l'autre artère radiale. Le cœur paraît normal à l'auscultation. Quand la malade se couche du côté gauche les battements de la carotide gauche et de ses branches externes (coronaire, faciale, temporale) disparaissent à peu près complètement — mais on les retrouve quand elle se renverse à droite — ce qui semble indiquer que la tumeur jouit d'une mobilité relative dans le sens transversal. Les pupilles

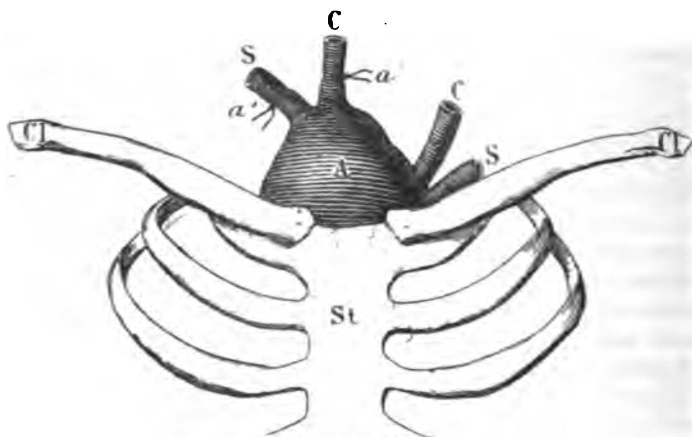


Fig. 1.

A. Tumeur anévrysmale dépassant la fourchette sternale.
Cl. Clavicules.
St. Sternum.
CC". Carotides primitives.
SS". Sous-clavière.
a, a'. Ligatures sur le carotide et la sous-clavière droites.

sont absolument intactes et du côté du larynx on trouve une paralysie totale de la corde vocale gauche. Je pratique l'opération le 30 novembre 1895 en présence de MM. Peyrot et Gouguenheim.

Rien dans les symptômes ne permettant de faire un diagnostic précis du siège de l'anévrysme, je fais d'abord une incision exploratrice, partant du bord supérieur du cartilage thyroïde sur la ligne médiane, descendant à deux travers de doigt au-dessous

de la fourchette sternale et se recourbant ensuite pour suivre la clavicule jusqu'à son tiers externe. J'incise le sterno-cleido-mastoïdien au ras de ses insertions sterno-claviculaires, ainsi que le sterno-thyroïdien et le sterno-hyoïdien droits à leur insertion inférieure. Je dégage alors de grosses veines médianes et je les récline du côté droit : je peux alors en quelques coups

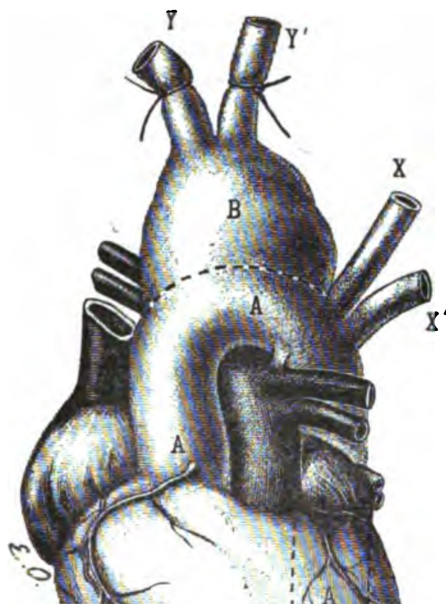


Fig. 2.

A, A. Crosse de l'aorte.
B. Anévrysme de l'aorte et du tronc brachio-céphalique.
XX". Carotide et sous-clavière gauches.
YY". Carotide et sous-clavière droites.

de sonde cannelée mettre à découvert la tumeur qui a le volume d'une orange et de laquelle on voit émerger : à gauche la carotide de volume normal mais battant assez faiblement, et à droite la carotide et la sous-clavière droites insérées *isolément* sur la tumeur, mais très rapprochées l'une de l'autre. Il est bien évident que l'anévrysme siège sur la crosse de l'aorte et sur la totalité du tronc innominé qui a été, pour ainsi dire, absorbé par

la tumeur: la naissance de la carotide *gauche* sur la tumeur même ne laisse aucun doute à cet égard. Je place alors un fil de soie plate n° 5 sur les deux gros troncs artériels droits, à *un centimètre* seulement au-dessus de leur point d'émergence de la tumeur.

On peut dire que cette double ligature équivaut absolument à une ligature du tronc brachio-céphalique. J'ai pu, sans le moindre incident, dégager la face profonde de ces gros troncs artériels, sans même apercevoir le récurrent droit: mais je dois dire que probablement l'opération a été facilité par l'ascension de la tumeur qui avait notablement élevé au dessus de la clavicule l'origine des artères en question. — Je termine rapidement l'opération en réunissant les muscles par un surjet perdu à la soie et je ferme complètement la plaie en ayant bien soin de ne pas drainer. — Les suites immédiates de l'opération ont été d'une simplicité parfaite. Jamais la température axillaire *gauche* de la malade n'a atteint 37° et le neuvième jour j'enlevais les fils. Au moment de la ligature de la sous-clavière, le pouls radial droit a disparu complètement et subitement pour ne plus revenir. Les jours suivants, j'ai maintenu le membre dans un grand enveloppement ouaté. La malade a accusé quelques lourdeurs, quelques fourmillements, mais au bout du neuvième jour, j'ai pu tout enlever et constater que la circulation était parfaite dans le membre, *bien que la ligature ait porté sur l'artère avant la naissance des branches collatérales.* Fait très remarquable et très apprécié par la malade, elle a pu rester étendue sans suffocation et sans accès de toux dès le jour de l'opération, ce qu'elle n'avait pu faire depuis de longs mois. — Vers le quinzième jour on remarque que la malade est plus lente à parler que d'ordinaire: elle se plaint de ne pouvoir exprimer ses pensées aussi instantanément que d'habitude. Il semble qu'elle a un certain degré très atténué d'aphasie: mais ces phénomènes disparaissent rapidement et la malade quitte l'hôpital le dix-septième jour.

Actuellement (15 septembre 1896), c'est-à-dire près de dix mois après l'opération, la malade est rentrée à Lariboisière dans le service de M. Gouguenheim où on constate l'état suivant:

Au niveau de la région sterno-claviculaire gauche, il s'était formé un petit abcès qui s'est ouvert et qui a donné issue à un fragment de fil de soie. Maintenant, au niveau de cette région le palper est un peu douloureux, surtout près de la fourchette. On ne sent plus de tumeur dépassant la fourchette et le devant

de la trachée paraît libre. Les battements en ce point sont à peu près normaux. A l'auscultation, pas de souffle : bruits bien frappés.

A l'auscultation des poumons en arrière, on trouve une respiration soufflante et bruyante sur la région vertébrale : en haut, signes d'emphysème pulmonaire : ce qui permet de croire que la tumeur médiastinale comprime la trachée. Le membre supérieur droit a été examiné avec soin par M. le Dr Plicque : la sensibilité est normale sur toute son étendue : il existe dans tout le membre des douleurs qui s'accroissent par instants et se localisent surtout au niveau de l'articulation du coude. Les mouvements de l'épaule sont douloureux. M. Plicque nous dit dans une note à ce sujet. « Atrophie musculaire prononcée du membre supérieur droit : malgré l'intensité de cette atrophie la contractilité faradique est conservée et il n'existe pas de réaction de dégénérescence ; ce fait est en faveur d'une amyotrophie réflexe d'origine articulaire. » On se rappelle, en effet, que la malade a eu des atteintes de rhumatisme articulaire aigu.

L'examen du larynx montre que la paralysie de la corde vocale gauche est restée complète et totale, par compression du récurrent correspondant. La malade en somme, actuellement, ne se plaint plus de ses accès de suffocation. Le cornage a disparu aussi à peu près complètement. Mais elle marche lentement à cause d'une diminution notable de la force musculaire.

IV

Je ne ferai, en terminant, que quelques réflexions sur cette intéressante observation. D'abord, on voit combien on peut placer des fils sur de gros vaisseaux aussi près que possible d'un anévrysme, sans que les tuniques artérielles se coupent sous l'étreinte du lien. — On remarque aussi que la ligature portait sur la sous-clavière à son origine, c'est-à-dire avant l'émergence des branches collatérales, qui, suivant la théorie, doivent, par leur intégrité, assurer la vitalité du membre supérieur droit. Le pouls radial ne s'est pas rétabli dans la suite, mais la circulation a été amplement suffisante pour que la vitalité du membre persiste dans des conditions normales. Enfin, cet état de parésie relative de tout le côté droit montre

bien la justesse de l'explication que j'ai donnée de la pathogénie de l'hémiplégie tardive après la ligature de la carotide primitive. Qu'on se rappelle qu'au cours de l'opération, j'ai constaté la perméabilité *relative* de la carotide gauche : un degré de plus, et la compression de ce vaisseau par la tumeur aurait amené son oblitération définitive, ce qui eût été une contre-indication formelle à la ligature de la carotide droite. Ici la perméabilité est seulement diminuée, d'où il suit qu'après la ligature, il y a un certain degré d'anémie cérébrale et cet état d'affaiblissement musculaire dont je parle plus haut, accompagné de cette sorte de torpeur intellectuelle qu'on constate actuellement. Mais cela vient encore à l'appui de ce que j'ai dit à satiété plus haut : si j'avais opéré cette malade avant que la tumeur ait pris des proportions telles que la compression des organes voisins était inévitable, nous aurions eu affaire à une carotide gauche absolument intacte et la suppléance de la carotide liée se serait faite largement ; nous n'aurions pas à regretter cette circulation encéphalique insuffisante.

Je termine donc par cette conclusion unique : la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite est la seule opération qui puisse donner des succès dans le traitement des anévrysmes de la base du cou (aorte ascendante, tronc brachio-céphalique, carotide primitive et sous-clavière droites). Comme c'est une opération *absolument innocente*, il faut la pratiquer aussitôt que le diagnostic d'anévrysme a été porté.

II

LES COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES DES OTITES [1]

Par **A. BROCA**

Chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté.

Lorsqu'une otite moyenne mal soignée passe à l'état chronique, il est très fréquent qu'elle conduise son porteur à la mort par une complication intra-crânienne. Cette complication sera, suivant les cas, une méningite aiguë, une thrombose des sinus de la dure-mère, un abcès situé entre le rocher et la dure-mère, un abcès encéphalique, du cerveau ou du cervelet. Souvent, au moins lors de l'autopsie, plusieurs de ces lésions coexistent, constituant un ensemble au-dessus des ressources de l'art; et de cette association résultent, en outre, de grandes difficultés cliniques. Mais au début, la complexité est moindre: le diagnostic de la lésion isolée — ou prédominante — est souvent possible et parmi ces lésions quelques-unes sont chirurgicalement curables.

Comme je ne veux m'occuper ici que des cas justiciables de l'intervention opératoire, quelques mots suffiront sur la méningite aiguë, diffuse, suppurée. Contre elle, en effet, nous sommes impuissants et les trépanations que j'ai pratiquées dans ces conditions n'ont pu sauver les malades. J'ai déjà publié deux observations de ce genre [2], et les deux cas que j'ai observés depuis se sont également terminés par la mort.

[1] Communication faite à la Société de Chirurgie, séance du 28 octobre 1896.

[2] A. Broca et P. Maubrac. — Traité de chirurgie cérébrale, Paris, 1896, obs. xiv et xv.

Obs. i. — *Ostéite diffuse du temporal avec méningite aigue.* — Le 27 juin 1896, j'ai été appelé à voir la fillette d'un de nos confrères. Environ trois semaines auparavant, cette enfant, âgée de 10 ans, avait été prise, dans la convalescence d'une rougeole, d'une otite moyenne aiguë rapidement compliquée de mastoïdite. A ce moment, la trépanation de l'antre avait été pratiquée par un de mes collègues. Pendant les premiers jours la fièvre cessa et l'état parut satisfaisant; mais vers le 15 juin la température remonta, subit des oscillations à allure pyohémique et en présence de cette aggravation je fus prié d'examiner l'enfant. Quand j'arrivai, à 6 heures du soir, je trouvai une situation qui depuis deux heures avait changé du tout au tout : la malade avait eu des crises convulsives, était tombée dans le coma. Je la trouvai privée de connaissance, les pupilles dilatées, les tendons de l'avant-bras agités de soubresauts, le pouls petit, inégal, irrégulier, d'une fréquence extrême, incomptable. Derrière l'oreille existait une trépanation apophysaire capable de loger un pois ; autour, l'os était douloureux à la pression mais sans trace d'empâtement ; aucun gonflement cervical. Pour mon collègue et ami Merklen et pour moi, il était certain qu'il s'agissait d'une méningite aiguë, diffuse, foudroyante. Mais comme dans ces cas on doit toujours conserver quelques doutes avant d'éliminer d'une manière absolue le diagnostic d'abcès encéphalique, il fut décidé que je pratiquerais une opération exploratrice. C'est ce que je fis à 9 heures du soir. J'évidai toute l'apophyse, et je trépanai la caisse ; puis je mis à nu le sinus que je trouvai non thrombosé, ainsi que je m'y attendais d'ailleurs. Partout l'os m'apparut friable, atteint d'ostéite diffuse. Cela fait, je défonçai en deux coups de gouge le plafond de l'aditus ; la dure-mère apparut saine ; je l'incisai quoique le cerveau battit, et dans le lobe temporal j'enfonçai à plusieurs reprises le trocart. J'agis de même en arrière, après effondrement de la paroi cérébelleuse de la caisse. Le cerveau était rouge, mais je ne vis pas de pus sous la pie-mère ; l'éclairage était d'ailleurs insuffisant pour que je pusse apprécier l'état exact des méninges cérébrales et surtout cérébelleuses. L'opération a duré une demi-heure.

L'enfant succomba à 4 heures du matin, sans que l'état antérieur à l'opération ait été en rien modifié.

Obs. ii. — *Otite moyenne chronique avec méningite aiguë.* — M. Odile, 5 ans 1/2, est apportée le 10 juillet 1896 à l'hôpital Trousseau. Cette enfant a commencé à se plaindre de l'oreille en janvier dernier, à la suite d'une scarlatine grave ; mais c'est

depuis un mois à peine qu'est apparue l'otorrhée, et encore se borne-t-elle à un léger écoulement le matin. En même temps, la douleur, qui depuis janvier était continue, avec des périodes d'exarcerbation, s'est accrue.

Le 4 juillet débuta presque subitement une céphalalgie très vive, avec vomissements, fièvre, délire. Ces accidents ont persisté, et le 10 juillet on a enfin apporté l'enfant à l'hôpital.

A cette date, elle est dans le subdelirium, très abattue, face rouge; peau brûlante avec raie méningitique ; les pupilles, qui ne sont ni dilatées ni contractées, réagissent à la lumière lentement et incomplètement ; il y a un peu de strabisme convergent. Pouls à 150, régulier, température 39°,6.

Les vomissements et la constipation ont cessé depuis le 6 juillet.

Séance tenante, j'ouvris l'apophyse et la caisse que je trouvai pleines de pus ; puis je mis à nu la dure-mère de la fosse temporale en faisant sauter le plafond de l'aditus. Elle apparut saine et comme les battements du cerveau étaient normaux, je ne l'incisai pas.

L'effet de l'opération fut nul. La température fut de 40° le 10 au soir ; et 39° 6 le 11 matin, et à 4 heures 1/2 du soir l'enfant succombait, avec 41°.

A l'autopsie, la base et la convexité du cerveau sont couvertes d'une couche verdâtre de pus épais ; le liquide céphalorachidien est louche. Pas d'abcès cérébral ni de thrombose du sinus.

Etant donné le pronostic désespéré que comportait mon diagnostic, on se demandera pourquoi j'ai entrepris une opération dont la stérilité m'était connue à l'avance.

C'est que, dans les cas de ce genre, la certitude du diagnostic n'est pas absolue. Sans doute, quand l'ensemble symptomatique est net, un clinicien expérimenté s'y trompe rarement. Mais la confusion est possible, entre la méningite suppurée diffuse et diverses lésions curables. D'abord, je rappellerai le méningisme, les méningites « incomplètes », les méningites suppurées circonscrites dont j'ai déjà, à plusieurs reprises, relaté des exemples personnels ou recueillis dans la littérature médicale. Ces méningites circonscrites sont une transition aux abcès encéphaliques, eux aussi d'un diagnostic parfois obscur. Enfin, dans la thrombose du sinus, lorsqu'il n'y a pas de

gonflement cervical le long de la jugulaire, la ressemblance est grande avec une méningite. Il y a quatre ans, alors que mon expérience en chirurgie auriculaire était insuffisante, j'ai refusé d'opérer un enfant chez lequel, avec une otorrhée double, j'ai diagnostiqué *ferme* une méningite suppurée; mais quelques mois plus tard, dans un cas qui ne me paraissait pas meilleur, j'ai trépané l'apophyse, évacué un peu de pus autour du sinus et obtenu un succès remarquable (1). Tout récemment encore, chez un malade dont l'observation sera relatée plus loin, j'ai trouvé une thrombose du sinus dont le diagnostic était bien obscur.

Voilà pourquoi, dans ces conditions, j'ai coutume d'opérer, d'évacuer le pus contenu dans l'apophyse et dans la caisse et de me laisser conduire, en évidant l'os malade, jusqu'au sinus, jusqu'au cerveau.

C'est pour cela que, depuis le début de mes études sur ce sujet, j'ai toujours soutenu qu'il fallait adopter un procédé opératoire permettant d'agir, en un seul temps au besoin, à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau, le cervelet : et je désire montrer une fois de plus, avec des observations inédites, qu'à cela convient la voie mastoïdienne. Je ne suis ni le premier ni le seul à défendre cette opinion ; je constate même que depuis quelques années elle fait des progrès sensibles, mais elle a encore des opposants et dès lors ses partisans ne doivent pas désarmer.

Je commence par émettre un aphonisme *absolu :* étant donné un sujet atteint d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, le premier soin du chirurgien doit être de trépaner l'apophyse et la caisse.

Cette assertion a été combattue en théorie : elle l'est et surtout le sera de moins en moins. En pratique, on en a trop souvent méconnu l'importance, et nombreuses sont les observations où on a négligé l'oreille au cours d'une opération dirigée contre le sinus ou l'encéphale. Malgré cela, je pars de cette donnée que toujours les cavités de l'oreille devront avoir été largement ouvertes, et dès lors la question se pose de la

(1) Obs. XIX de mon Traité de chirurgie cérébrale.

manière suivante : faut-il, pour aller à l'intérieur du crâne, utiliser cette brèche ou en ouvrir une seconde, indépendante et plus ou moins éloignée ?

On doit distinguer, dans cette discussion, les abcès extra-duraux, la phlébite du sinus latéral et les abcès encéphaliques.

I. Abcès extra-duraux. — Parfois les otites moyennes chroniques, surtout celles qui s'accompagnent de mastoïdite, se compliquent d'une ostéite qui, frappant la face intra-crânienne du rocher, provoque la formation d'un abcès situé entre la dure-mère et l'os. Cet abcès extra-dural occupe de préférence la face postérieure du rocher ; puis vient le toit de la caisse, plus rarement la face antérieure.

Si, selon les préceptes de l'otologie moderne, on trépane la mastoïde et on l'évide aussitôt qu'on y constate un abcès ou une fistule, on n'observera que très exceptionnellement un abcès extra-dural collecté en une poche volumineuse. Ce qui m'est plusieurs fois arrivé, ç'a été de trouver un os carié, friable, et après évidement j'ai vu la dure-mère à nu, d'ordinaire au niveau du sinus latéral. On trouvera plusieurs observations de ce genre dans un mémoire, publié ici même (nº de janvier 1895), où j'ai étudié les mastoïdites. Depuis, j'en ai recueilli quelques-unes, mais je crois inutile de les relater. Je me bornerai à transcrire une observation relative à une véritable poche purulente extra-durale.

Obs. III. — *Otite moyenne aiguë avec mastoïdite et poche purulente baignant le sinus latéral.*— Madeleine M..., âgée de 8 ans, est entrée le 17 juin 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers. Cette enfant, dont les antécédents personnels et héréditaires sont bons, a été atteinte le 10 juin d'une angine aiguë, le 12 juin d'une douleur d'oreille presque immédiatement suivie d'otorrhée.

Le Dr Lavie (de Rueil) ordonna des instillations de glycérine phéniquée et vit l'écoulement se tarir, mais les douleurs d'oreille, la céphalalgie pariéto-occipitale, la fièvre persistèrent et dès lors l'enfant me fut adressée. Elle arriva à l'hôpital ayant depuis la veille bénéficié d'une accalmie notable : la fièvre avait cessé et la malade avait pu dormir.

A l'entrée, je constatai un peu de rougeur et de gonflement rétro-auriculaire, mais sans décollement du pavillon. La pression

est très douloureuse à la base de l'apophyse, moins au sommet, sous lequel on sent un ganglion engorgé. Mais il n'y a aucune douleur en avant du tragus, la traction sur le pavillon est indolente. Dès lors je conclus à une mastoïdite sans abcès extérieur et vu la gravité des symptômes pendant la semaine précédente, je trépane d'urgence.

Après avoir traversé les parties molles, un peu épaissies et lardacées, mais sans trace de pus, je rugine la corticale, qui apparaît saine, et je trépane l'antre, où je ne trouve qu'une faible quantité de pus séreux ; mais en curettant les parois je sens en haut et en arrière un point friable et après y avoir introduit une fine curette j'en vois sourdre une grande quantité de pus épais. Par ce pertuis osseux j'introduis le protecteur de Stacke et j'ouvre largement, à la gouge, une vaste poche située sur la face postérieure du rocher. L'opération terminée, le sinus était à nu sur toute la hauteur de l'apophyse. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le soulagement fut immédiat. Les douleurs cessèrent. La température oscilla pendant 7 jours de 37°,5 à 37°,8 ; puis elle tomba au-dessous de 37°,5.

Le 5 juillet l'enfant, en excellent état, retourna à Rueil, où le Dr Lavie continua à la panser et elle guérit définitivement en quelques semaines.

Dans cette observation, je ferai remarquer qu'il s'agit d'une otite aiguë, cas dans lequel les abcès extra-duraux sont relativement rares, mais, pour la conduite à tenir, elle peut servir de type : aller séance tenante jusqu'à la dure-mère si on y est mené de proche en proche par la poursuite des lésions osseuses.

Certains auteurs vont plus loin, et par exemple Picqué et Février (1) conseillent de pénétrer immédiatement à l'intérieur du crâne, dès « qu'une otite moyenne suppurée s'accompagne d'accidents douloureux et fébriles ». Or, cette conduite ne me semble pas justifiée. Si l'os paraît sain, même s'il existe quelques accidents cérébraux — insuffisamment caractérisés pour qu'on puisse diagnostiquer d'emblée un abcès ou une phlébite — la trépanation simple de l'antre pour les cas aigus,

(1) Picqué et Février. — *Ann. des mal. de l'or. du lar.*, Paris, 1892, p. 883. Voy. p. 904.

de l'antre et de la caisse pour les otites chroniques avec poussée aiguë, peut fort bien suffire, ainsi que j'en ai rapporté plusieurs exemples. Tout ce que je puis dire, c'est que dans ma pratique personnelle je n'ai jamais trouvé à l'autopsie un abcès extra-dural méconnu en agissant de la sorte ; toutes les fois qu'il y avait un décollement de la dure-mère, j'y ai été conduit en évidant l'os carié ; toutes les fois que j'ai été arrêté par un os résistant à la curette j'en suis resté là, et ou bien les malades ont guéri sans encombre, ou bien ceux qui ont succombé — ils sont fort rares — sont morts de complications diverses sans abcès extra-dural méconnu.

A plus forte raison ne faut-il pas d'emblée inciser la dure-mère et explorer le cerveau et le cervelet quand il existe quelques troubles cérébraux mal caractérisés. Il faut même savoir que parfois, surtout chez l'enfant, l'abcès extra-dural peut simuler de très près l'abcès encéphalique et causer des symptômes par excès de pression intra-crânienne : somnolence, vomissement, quelquefois ralentissement du pouls, hémiplégie croisée, troubles de la parole.

J'ai fait une courte digression, quoique Picqué se soit récemment rangé à mon avis, sur l'opportunité de ne pas explorer de parti pris et dans tous les cas la dure-mère et surtout le cerveau. Je reviens maintenant à mon objectif principal : et je crois inutile d'insister pour prouver que l'attaque successive des diverses parois des cavités naturelles permettra seule d'ouvrir les abcès extra-duraux, situés qu'ils sont entre les faces crâniennes du rocher et la dure-mère.

Cette proposition n'étant contestée par personne, je passe : mais en faisant remarquer immédiatement qu'avec la phlébite du sinus ou l'abcès encéphalique coïncide très souvent un décollement de la dure-mère, et que dès lors, dans ces cas, l'opération mastoïdienne devra, de toute nécessité, avoir été poussée jusqu'à l'intérieur du crâne.

Il me reste maintenant à démontrer que, pour traiter soit la thrombose, soit l'abcès encéphalique, il est inutile d'ouvrir la boîte crânienne en un second point.

II. Thrombose du sinus latéral. — Pour la thrombose du sinus latéral, la démonstration est à peine à faire. Quelques

chirurgiens, je le sais, ont abordé le sinus en arrière de la mastoïde. C'est incontestablement une erreur car : 1° on laisse stagner dans l'oreille moyenne du pus et cela a plusieurs fois conduit à une trépanation secondaire ; 2° pour atteindre à coup sûr le sinus, le meilleur repère est l'antre mastoïdien, d'autant mieux qu'avec la phlébite, la coexistence d'un abcès extra-dural est sinon constante, au moins très fréquente.

J'ai déjà publié trois observations où j'ai opéré pour thrombose du sinus. En voici deux nouvelles, qui appartiennent chacune à un type différent.

Obs. IV. — *Thrombose du sinus sans gonflement cervical. Opération limitée à l'apophyse et au sinus. Mort de pneumothorax gangreneux.* — Jacques Feuil..., âgé de 12 ans, est entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 11 mai 1896.

Je n'ai eu que des renseignements peu circonstanciés sur le début exact des accidents. Mais je sais qu'il s'agissait d'une otite chronique, suppurée, bilatérale. Il survint au mois d'avril des accidents fébriles, bientôt graves, et le 27 avril un spécialiste des plus expérimentés fut appelé en consultation.

L'état infectieux dont souffrait le malade fut rapporté sans hésitation aux oreilles, mais des deux côtés l'apophyse était normale, indolente à la pression, aucun signe ne permettait, paraît-il, de conclure alors à une lésion justiciable du bistouri, et toute intervention fut différée. Il existait cependant du côté gauche un œdème bizarre de la région massétérine et du haut du cou. Mais cela cessa bientôt, et en tout cas il n'y en avait plus trace lorsque je vis l'enfant.

Pendant les jours suivants, l'évolution fut celle d'une pyohémie à marche assez lente. A des heures irrégulières, avec des frissons survenant de temps à autre, la température subissait des sautes brusques, de 37° à 40°, la toux devenait fréquente et il y avait manifestement des foyers de broncho pneumonie ; l'affaiblissement et l'amaigrissement faisaient des progrès rapides et l'enfant était dans un état déplorable lorsqu'il me fut adressé, le 11 mai à 9 heures du soir, à l'hôpital Trousseau.

A ce moment, il ne cessait de geindre, de pousser des petits cris ; il se plaignait de douleurs de tête très vives sans localisation nette en un point de crâne ; il ne répondait qu'avec peine aux questions, sortait mal d'un état semi-comateux ; il présentait en outre une hypéresthésie généralisée et ressentait en par-

ticulier dans le bras gauche, sans aucun signe local appréciable, des douleurs violentes ; le ventre était rétracté en bateau, très douloureux à la palpation. Il n'y avait ni vomissement, ni constipation. Mon interne M. Weill, qui reçut le malade, conclut à l'existence d'une méningite et le lendemain matin je fus presque de son avis, tout en admettant comme certaine l'infection pyohémique.

En palpant le cou, je ne le trouvai pas gonflé et douloureux le long de la partie supérieure de la jugulaire. Mais à gauche l'apophyse était certainement douloureuse à la pression. Rapprochant cette constatation de l'œdème passager qu'on avait observé à la face de ce côté, je trépanai l'apophyse et la caisse gauches. Elles étaient pleines de pus fétide, et en évidant l'os carié j'arrivai jusqu'au sinus dont la paroi jaune, sphacélée, se déchira sous ma curette. J'évacuai des caillots putrides et ne vis pas venir une goutte de sang.

Je bornai là mon intervention et ne liai pas la jugulaire au cou : l'absence de tout gonflement cervical me prouvait que le processus de thrombose n'avait pas gagné cette veine, et d'autre part l'enfant était dans un état tellement précaire qu'il me fallait réduire l'opération au minimum.

Après cette intervention, l'état sembla s'améliorer. Les oscillations thermiques persistèrent, mais les frissons ne se renouvelèrent plus; l'appétit revint un peu, l'enfant s'assit sur son lit et s'intéressa à ce qui l'entourait. Mais il continuait à souffrir d'une toux sèche, fréquente, avec foyers de râles disséminés, et le 20 mai, dans la nuit, il fut brusquement pris d'un point de côté intense à gauche, avec vomique d'un liquide grisâtre extraordinairement fétide.

A la visite du matin, je constatai une grande dyspnée, une expectoration gangréneuse et un pyopneumothorax à gauche. Il était évident qu'un foyer de gangrène pulmonaire s'était rompu à la fois dans la plèvre et dans les bronches. Immédiatement je réséquai la dixième côte en arrière, juste en dehors de son angle, et je drainai la plèvre qui contenait en grande abondance un liquide séro-purulent, avec fausses membranes, horriblement fétide.

L'examen bactériologique ayant révélé la présence du streptocoque, on fit les 22 et 23 mai des injections de sérum de Marmorek. L'enfant succomba le 26 à 3 heures du matin.

Opposition à l'autopsie.

Obs. v. — *Thrombose du sinus latéral, avec phlébite de la*

jugulaire. Désinfection du sinus et de la veine. Guérison. — Sadi Ch..., 8 ans 1/2, entré le 14 septembre 1896 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers.

Il y a 5 ans a eu, en même temps que son frère qui en est mort, une broncho-pneumonie avec otite moyenne à droite, et depuis ce moment l'oreille coule.

Le 20 août dernier ont débuté du côté de cette oreille des accidents aigus, des douleurs auriculaires intenses avec fièvre notable.

Le 13 septembre, la fièvre s'est aggravée, l'enfant a eu des vomissements, de la constipation, plusieurs épistaxis, un tremblement surtout accentué dans les membres supérieurs.

Le lendemain l'état est plus grave encore et l'enfant est présenté à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Actuellement, il existe à droite une otorrhée très légère. A l'inspection on voit que les veines rétro-auriculaires sont marquées par des traits bleus, mais il n'y a ni œdème ni décollement du pavillon. La région sterno-mastoïdienne supérieure, en avant du sterno-mastoïdien, juste au-dessous de l'apophyse, est manifestement tuméfiée et très douloureuse à la pression. L'empâtement profond gagne vers la nuque. A la surface on sent quelques bosselures qui font songer à un engorgement ganglionnaire. Il n'y a dans cette région ni fluctuation, ni rougeur à la peau. Aucune douleur à la pression même énergique de l'apophyse. L'état général est grave, avec fièvre vive, trémulations, céphalalgie, inappétence et langue saburrale, état semi-comateux, air hébété, dilatations pupillaires.

En raison des bosselures ganglionnaires, de la tuméfaction cervicale et de l'indolence complète de l'apophyse, je diagnostiquai une phlébite, et non une mastoïdite de Bezold, à laquelle pensait un de mes internes.

Séance tenante, je fis une incision de 6 centimètres au-dessous de l'apophyse, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Après avoir découvert ce muscle, j'extirpai aux ciseaux courbes les ganglions engorgés et rouges, qui cachaient la jugulaire, et j'arrivai sur cette veine : au-dessous du tronc thyro-linguo-facial elle était souple, mince, bleue, se gonflait pendant l'expiration ; au-dessus elle était dure, blanche, à parois épaisses ressemblant à celles d'une artère. Au-dessous de ce segment malade je la sectionnai entre deux ligatures, puis je passai à l'apophyse. Au-dessous de la corticale saine, je trouvai l'antre spacieux et plein de pus ; un vaste abcès extra-dural entourait

le sinus qui fut ainsi mis à nu. J'ouvris la caisse ; puis, sur le protecteur de Stacke, je mis à jour l'abcès extra-dural en faisant sauter la paroi osseuse. Le sinus apparut alors largement et je le fendis de bout en bout : il n'était pas thrombosé, et un jet énorme de sang s'élança ; je l'arrêtai avec l'index gauche, puis avec un tampon de gaze iodoformée. Après avoir achevé le pansement de l'apophyse et de la caisse, je revins à la plaie cervicale, j'incisai largement la jugulaire au-dessus de la ligature : un flot de pus très épais s'écoula. Un drain fut mis dans la jugulaire, puis la plaie cervicale fut suturée.

L'opération avait duré 1/2 heure.

Les suites ont été des plus simples.

La température monta encore le premier soir à 38° 5, le deuxième soir à 38° puis elle tomba définitivement à 37°. On assista en 3 ou 4 jours à une véritable résurrection de l'enfant qui, actuellement, cinq semaines après l'opération, est en excellent état local et général.

Le tamponnement de l'apophyse et du sinus n'a été changé complètement que le 5 octobre ; le même jour, le drain cervical a été changé et remis plus petit.

Dans cette dernière observation, j'ai d'emblée porté le diagnostic précis et institué la thérapeutique que dans ces cas je crois la meilleure. Sur la nécessité de désinfecter l'abcès extradural et le sinus — et j'ajoute l'apophyse et la caisse — on ne discute pas. Mais quelques chirurgiens sont opposés à la ligature de la jugulaire au cou ; il est chimérique, disent-il, de chercher à barrer ainsi la route aux embolies septiques, et pour arriver à ce résultat, plus que douteux, on allonge gravement l'acte opératoire. J'accorderai, si l'on veut, que le barrage est insuffisant, car bien d'autres voies restent ouvertes, mais je crois indispensable de désinfecter la jugulaire quand elle est pleine de pus : c'est ce qui avait lieu dans mon cas, et en parcourant les observations publiées on voit que c'est fréquent.

Je suis donc partisan de la ligature de la jugulaire, et c'est par elle que je commence, quand le diagnostic est posé. Pourquoi donc dans l'obs. IV me suis-je départi de cette règle ? C'est qu'en l'absence de tout gonflement cervical, le diagnostic était soupçonné et non posé ; c'est qu'après avoir opéré

j'ai trouvé un sinus largement ouvert et sphacélé ; c'est que j'ai cru sage d'en rester là, et de parer aux accidents immédiats, chez un enfant qu'on m'a apporté à bout de forces. Et l'opéré est mort d'embolies septiques pulmonaires : je me hâte, d'ailleurs, d'ajouter que ces embolies existaient certainement avant l'opération et que la ligature de la jugulaire ne les eût pas évitées.

Si cet enfant est mort, c'est qu'il a été opéré trop tard, trois semaines environ après le début des accidents. *Dans les accidents de ce genre, la clef du succès est dans la rapidité du diagnostic.* Je ne veux pas prétendre qu'on guérira toutes les pyohémies d'origine auriculaire : j'ai plusieurs observations d'ostéite diffuse du rocher où l'intervention large et précoce n'a servi de rien. Mais l'abcès sous-dural avec thrombose du sinus est certainement plus bénin que cette variété et l'opération précoce y donne de nombreuses guérisons.

III. Abcès encéphaliques. — Pour ouvrir le sinus thrombosé, il est incontestable (et presque incontesté) que le meilleur chemin est de passer par l'antre. C'est pour les abcès cérébraux et cérébelleux que commence le désaccord. On a étudié leurs sièges de prédilection, leur diagnostic différentiel ; on a fait des recherches de topographie crânio-cérébrale, et on a abouti à des procédés multiples, avec des écarts extraordinaires entre les lieux d'élection assignés à la couronne de trépan, aussi bien en ligne horizontale qu'en ligne verticale.

Le premier fait à retenir est d'ordre anatomo-pathologique : les abcès cérébraux sont plus fréquents que les cérébelleux ; mais les uns comme les autres siègent presque toujours superficiellement, sous l'écorce nerveuse, en regard d'un point d'ostéite perforante. A leur niveau il y a souvent un décollement de la dure-mère, parfois avec véritable abcès extra-dural ; parfois même des adhérences par méningite circonscrite, suppurée ou non, unissent en ce point la dure-mère à la pie-mère.

Le second fait à retenir est d'ordre clinique : le diagnotic des abcès encéphaliques est souvent très obscur. Abcès encéphaliques, thrombose du sinus lorsque fait défaut le gonflement cervical, abcès extra-dural sont confondus à chaque instant, dans

tous les sens, par les auteurs les plus compétents; souvent aussi on opère, comme je l'ai fait dans l'obs. iv, sans avoir posé un diagnostic ferme. Et lorsque, par le ralentissement du pouls, par exemple, on conclut avec netteté à l'existence d'un abcès, reste à déterminer s'il est cérébral ou cérébelleux, ou extra-dural : les signes de localisation sont rares et trompeurs ; ceux qui s'y sont trop fiés ont eu bien des déboires. On est conduit bien souvent, quand on a de ces lésions une habitude réelle, à poser un diagnostic exact : chez les derniers malades que j'ai observés, je ne me suis plus trompé. Mais on doit toujours être en méfiance d'une erreur, dont les conséquences seront faciles à réparer si le procédé opératoire est adapté à toutes les complications que je viens de passer en revue. Quand on trépane en avant ou en arrière du conduit, et plus ou moins au-dessus de lui, on risque fort de manquer ou de ne pas atteindre assez largement l'abcès temporal qui repose, d'ordinaire, sur le rocher ; si on trépane notablement au-dessus du conduit, que ce soit en avant, en arrière ou en ligne verticale, on passe forcément au-dessus de l'abcès extra-dural, s'il en existe un. Si, cela fait, on ne trouve rien, il va falloir aller au cervelet : le ponctionner à travers la tente est une méthode à la fois aveugle et insuffisante ; trépaner l'écaille de l'occipital, c'est prolonger outre mesure l'opération, et de plus le trocart aura à traverser toute l'épaisseur du cervelet puisque l'abcès a coutume d'être au contact du rocher.

Mais puisque tous ces abcès sont, d'ordinaire, si voisins du foyer d'ostéite dont ils dérivent, n'est-il pas raisonnable d'aller à leur recherche en partant précisément de ce foyer ? La plupart des auteurs qui plaident pour la trépanation spéciale aux abcès encéphaliques se rallient actuellement — en raison de la poche sous-durale dont on a reconnu la fréquence — au procédé sus-auriculaire inférieur, la couronne rasant le conduit et le bord supérieur du rocher. Comment peuvent-ils donc rester adversaires de la voie mastoïdienne ? Regardez les figures ci-après, montrant comment, par l'apophyse, on attaque le crâne et comment on y entre, et vous serez immédiatement convaincu qu'en deux coups de gouge en faisant sauter le pla-

fond de l'aditus, on réalise le procédé sus-auriculaire le plus inférieur, c'est-à-dire le meilleur. Ceux-là seuls peuvent rester

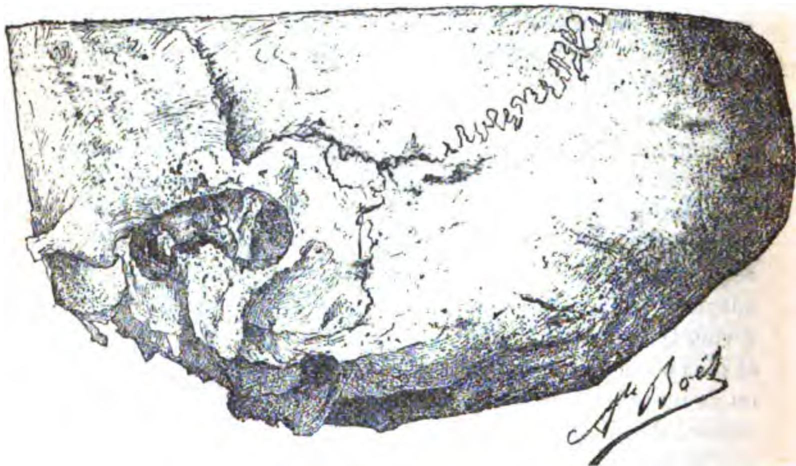


Fig. 1. — Trépanation complète de l'apophyse et de la caisse.

opposants qui contestent mon aphorisme initial : toujours commencer par trépaner l'apophyse et la caisse, ou bien ceux



Fig. 2. — Ouverture du crâne au-dessus du méat et de l'aditus.

qui, adoptant l'aphorisme, ne le mettent pas en pratique, ou plutôt l'y mettent mal et trépanent l'apophyse seule, sans la

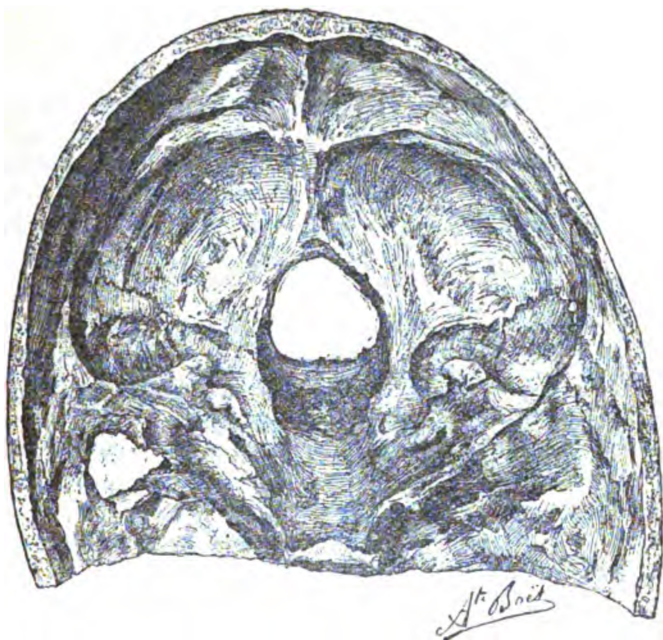


Fig. 3. — Entrée dans la fosse temporale par la trépanation précédente.



Fig. 4. — Ouverture de la fosse temporale et mise à nu du sinus.

caisse. Ce n'est pas, en effet, au-dessus de l'apophyse qu'il faut ouvrir le crâne pour aller au lieu d'élection des abcès temporaux, mais au-dessus de l'aditus, c'est-à-dire au-dessus du conduit, sur l'écaille du temporal. La seule difficulté opératoire, dans ce procédé, est d'aller au cervelet, en avant et au-dessus du coude du sinus: l'accès n'est pas large et il est assez périlleux; mais à mon sens il vaut bien, envisagé en soi, l'accès postérieur, et surtout il permet d'aller au cervelet en quelques minutes au lieu d'avoir à entreprendre toute une opération nouvelle.

Chez le premier sujet atteint d'abcès cérébral que j'ai eu à soigner, je n'ai pas porté le diagnostic, et c'est à l'autopsie que je me suis convaincu combien la voie mastoïdienne eût été chez lui opératoirement parfaite (obs. XXIII de mon Traité de chirurgie cérébrale). Depuis, j'ai traité une fillette et, après avoir établi le diagnostic exact, j'ai, en une séance, trépané l'apophyse, la caisse, le crâne et drainé l'abcès. L'opération a duré 20 minutes, et en trois mois l'enfant était guérie de l'abcès cérébral *et de l'otorrhée*. Je ne crois pas que par deux opérations séparées on puisse opérer aussi vite et aussi bien.

OBS. VI. — *Abcès du lobe temporal, trépanation, guérison.* — (Toute la partie antérieure à l'opération est rédigée par M. le Dr Péron).

Jeanne M.., 14 ans, m'est amenée dans le courant de mars 1896, pour une otite moyenne gauche qui dure depuis trois ans au moins. Elle a déjà subi, plus ou moins complètement, une série de traitements, (ablation de végétations adénoïdes à Lariboisière en 1895; irrigations, lavages, etc., tentatives de destruction des amygdales).

L'enfant est assez grande, frêle, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants à noter. Ecoulement peu important par l'oreille gauche de pus jaune, sans odeur. La mastoïde paraît normale.

L'examen de la gorge montre que l'amygdale droite à son volume normal. Par contre, l'amygdale gauche forme une masse considérable, du volume d'une amande, rouge violacée. L'extrémité supérieure de l'amygdale, chroniquement hypertrophiée, se perd dans l'arrière cavité.

Au toucher de l'arrière-cavité, je ne sens pas de végétations adénoïdes. Perméabilité des deux fosses nasales à l'air. Toutefois la voûte palatine est ogivale et la parole est habituellement légèrement nasonnée.

Traitement : irrigations bucco-nasales à l'eau phéniquée à 1/200 ; attouchements quotidiens de l'amygdale gauche à la teinture d'iode, lavages d'oreille à l'eau phéniquée à 1/200.

Je suis rappelé auprès de l'enfant le 6 juin.

De la fin de mars au moi de juin, l'écoulement, dit la mère, a beaucoup diminué ; certains jours même il était si peu abondant qu'on l'aurait pu croire tari.

L'état général était devenu meilleur. L'enfant paraissait aller très bien. Je constate d'autre part que l'amygdale gauche a diminué très notablement de volume.

Le 4 juin, quelques douleurs dans l'oreille gauche.

Le 5, ces douleurs deviennent assez vives pour que l'enfant garde le lit ; la nuit du 5 au 6 est mauvaise. Fièvre, céphalée, douleurs violentes d'oreille. Insomnie complète.

Le 6, au soir, T. r. 39°,3. L'écoulement est supprimé. La pointe de la mastoïde est douloureuse à la pression, bien qu'elle ne soit le siège d'aucun empâtement.

Traitement : trois sangsues sur la mastoïde ; instillations de glycérine phéniquée à 1/10 dans l'oreille ; irrigations larges à l'eau phéniquée à 1/200 de la gorge et du nez.

Le 7, nuit encore agitée moins que la veille toutefois. T. r. 38°,6.

Le soir, recrudescence des symptômes. Un abcès de l'oreille s'évacua spontanément une demi-heure avant mon arrivée. Pus remarquablement fétide et verdâtre. Je trouve le soir l'enfant très soulagée, plus gaie. La température est encore élevée.

La nuit du 7 au 8 juin est bonne. L'enfant repose assez longtemps.

Le 8 au matin, 37°, 8. Jeanne demande à manger un peu. J'insiste sur la nécessité de faire de larges irrigations de la gorge et sur les instillations dans l'oreille toutes les trois heures. La mastoïde n'est presque plus douloureuse à la pression. L'écoulement est déjà moins fétide que la veille.

Le 9, une lettre du père m'apprend que l'enfant est restée « absorbée » dans l'après-midi. Elle somnolait, grognait, quand on voulait la tirer de cet état.

Le soir la température est à 38°. (T. axillaire prise par les parents).

L'enfant est assise sur son lit. Elle me parle gentiment.

L'écoulement n'est plus fétide, la mastoïde n'est plus douloureuse à la pression. Le pouls me paraît normal. Toutefois les pupilles, égales d'ailleurs sont largement dilatées. L'enfant ne se plaint pas de la tête ni de l'oreille. Je rassure la famille.

Le 11. Je suis rappelé par le père, pour des accidents de somnolence analogues à ceux du 9. La soirée du 10 a en effet été assez mauvaise. Dans la matinée l'enfant était assez gaie, elle avait même reçue une petite amie, avec laquelle elle avait joué. Elle avait mangé un peu. La température axillaire prise par la mère, n'avait pas dépassé 38°. Néanmoins vers le soir, même état de somnolence, mêmes difficultés pour tirer l'enfant de son sommeil. Pressée de questions, elle répond lentement et avec quelque peine aux questions qu'on lui pose. Ces divers renseignements me sont fournis par le père pendant que j'examine l'enfant, le 11 au matin.

Jeanne me reconnaît, me dit bonjour et me demande son chocolat. Un nouvel examen de la gorge et de l'oreille ne me montre rien de particulier. L'enfant ne se plaint pas ce matin de la tête ; il est vrai qu'hier soir elle en souffrait un peu. Pas de vomissements, une selle normale dans la journée d'hier. La température axillaire ne dépasse toujours pas 38° le soir. Le pouls est régulier, toutefois il est lent (72 par minute). Bien que l'enfant ait toute sa connaissance, je remarque la lenteur avec laquelle elle répond à ce qu'on lui demande, elle paraît étonnée, et donne l'impression d'une enfant qu'on vient de tirer d'un sommeil profond et qui ne se reconnaît pas. Le père est assez disposé à mettre tout cela sur le compte de caprices d'enfant gâtée ; mais malgré une observation assez vive, l'enfant reste distraite et indifférente. Les pupilles sont toujours largement dilatées. Elles réagissent normalement à la lumière. L'enfant voit clair, distingue et compte les doigts. Aucun phénomène paralytique à noter du côté de la face.

Le 12. Etat stationnaire.

Dans la soirée, encore de la somnolence, bien que la matinée ait été assez bonne.

L'examen de la respiration et du pouls fait avec soin pendant plusieurs minutes montre une respiration parfaitement calme mais lente (17-18 par minute), un pouls lent (64-68). Température axillaire 37°, 3. L'oreille coule toujours, mais moins abondamment. Le pus n'est plus fétide. La mastoïde n'est plus douloureuse.

Tout se réduit en somme à cette somnolence de l'après-midi que je n'ai pas constatée moi-même, à la dilatation des pupilles qui persiste, bien que les orifices remuent facilement à la lumière, et au ralentissement du pouls et de la respiration.

Le 13 au matin, même état, toutefois la somnolence est un peu plus accusée. Pour la première fois, je remarque que l'enfant hésite pour trouver ses mots, qu'elle tente d'employer des périphrases pour s'exprimer.

Pouls à 60°, T. rectale 37°,4, prise par moi-même. Aucun phénomène paralytique appréciable.

A 4 heures du soir. Je vis de nouveau l'enfant.

T. r. 38°, 2. Pouls lent, mais parfaitement régulier, respiration régulière. Mais il y a de l'hébétude, la parole est plus difficile, la paraphasie augmente et de plus l'enfant montre nettement une paralysie faciale d'origine centrale.

J'ai examiné bactériologiquement le pus évacué par M. Broca lors de l'opération.

Voici les résultats : *Examen direct.* — 1° Streptocoques prenant le Gram en courtes chaînettes.

2° Bacille allongé, forme d'actides séparés, se décolorant par le Gram, en nombre considérable.

Cultures. — Bouillon de viande. Gélatine. Gélose. Pomme de terre.

Cultures anaérobies dans l'huile (gélose), en bouillon dans vases fermés à la lampe (vide fait à la pompe à eau).

Toutes ces cultures restent négatives et ne permettent d'isoler ni le streptocoque, ni le bacille associé.

Une goutte de pus inoculée à la souris n'a pas tué l'animal.

Je vis l'enfant dans cet état le 13 juin à 8 heures du soir, je confirmai immédiatement le diagnostic d'abcès temporal porté par M. Péron et l'enfant, qui était alors dans le coma, fut transportée à l'hôpital Trousseau, où je l'opérai à 9 heures du soir.

Je trépanai l'apophyse et la caisse : les cellules étaient petites, l'os était dur, épais, éburné. Dans ces cavités, il y avait du pus concret et des masses choléstéatomateuses en faible quantité ; je ne trouvai pas trace des osselets. Aucun point friable ou carié ne me conduisit à l'intérieur du crâne. J'attaquai donc le temporal à la gouge, au-dessus l'aditus, et je mis à nu la dure-mère sur l'étendue d'une pièce de 2 francs. Cette membrane était saine, elle bombait légèrement dans l'ouverture crânienne et elle présentait des battements, faibles il est vrai. Malgré ce signe, et étant donnée la netteté des troubles fonctionnels, je

l'incisai, puis, de la pointe du bistouri, je ponctionnai l'écorce cérébrale et je vis immédiatement s'écouler, en grande abondance, un pus grumeleux, peu épais, horriblement fétide. Une sonde cannelée, dirigée en haut et en arrière, put être enfoncée à 5 ou 6 centimètres de profondeur et elle fut remplacée par un drain de même longueur. Je ne fis aucune irrigation et je terminai en tamponnant à la gaze iodoformée l'apophyse et la caisse.

Dès le lendemain matin, la malade était sortie du coma ; elle avait encore de la paralysie faciale, mais ses pupilles étaient égales et elle demandait à manger, ce qu'à midi elle fit avec appétit.

Jusqu'au 20, l'état local et l'état général étant des plus satisfaisants, la température resta aux environs de 38°, (maximum 38°,3 et 38°,5 le 14 juin matin et soir). A partir du 20 juin, elle oscilla entre 37°,5 et 37°,8 jusqu'au 24, puis elle tomba définitivement à la normale.

Le 21, malgré l'absence d'hyperthermie, on constate quelques légers accidents : la tête est lourde, le caractère est un peu grognon, il y a de l'apathie intellectuelle. En faisant le pansement, on vit que rien ne s'écoulait par le drain ; celui-ci, manifestement bouché par un grumeau, fut donc retiré et immédiatement s'écoula en grande abondance (presque un demi-verre à Bordeaux) du pus grumeleux et fétide. Le drain fut ensuite remis.

A partir de ce jour, le drain fut de même retiré, lavé et remis chaque matin ; la quantité de pus s'écoulant à chaque pansement diminua rapidement.

Le 5 juillet, l'enfant quitta l'hôpital. Elle revint se faire panser d'abord tous les deux jours, puis deux fois la semaine seulement. Au milieu d'août le drain, peu à peu raccourci, fut définitivement supprimé.

L'état intellectuel s'améliora peu à peu ; au bout de quelques semaines la paraphasie et la paralysie faciale avaient disparu. Mais pendant assez longtemps le caractère resta notablement modifié : l'enfant rit sans cause et fixe difficilement son attention.

Vers le 15 septembre, la plaie rétro-auriculaire est complètement cicatrisée, l'otorrhée est tarie, l'état général est excellent et c'est à peine si le caractère est un peu plus enfantin qu'avant l'opération.

Après plus de quatre mois écoulés, je crois la jeune fille à l'abri des récidives que dans les cas de ce genre on a parfois eu à enregistrer.

III

LE TRAITEMENT DES EMPYÈMES DU SINUS MAXILLAIRE PAR L'OUVERTURE LARGE

Par **H. RIPAULT** (de Dijon)

Quels que soient les avantages de la méthode conservatrice, il est des cas où elle doit s'effacer devant une intervention plus radicale et plus efficace.

M. le Dr Luc a ainsi obtenu les meilleurs résultats du traitement chirurgical dans les empyèmes du sinus frontal, méthode trop longtemps réservée aux cas de nécessité.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer six fois l'opération de Desault dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Gouguenheim, et les résultats nous en ont paru si satisfaitaisants, que nous en profiterons pour rappeler le procédé opératoire, et ses indications suivant nous.

I. Indications. — 1) La perforation alvéolaire a été faite ; le sinus est irrigué régulièrement et depuis longtemps déjà ; des antiseptiques divers ont été employés successivement ; parfois le pansement à sec, le tamponnement, dans ce cas peu facile à bien faire, ont été substitués aux lavages ; la suppuration s'est atténuée sans doute ; mais elle subsiste malgré tout, et assez abondante pour gêner le malade.

Il faut alors songer à une lésion plus profonde ; c'est une des indications de l'intervention directe.

2) D'autres fois les lavages améliorent sensiblement l'état du malade ; mais vient-on à les supprimer ou même à les espacer, la suppuration reparaît abondante ; et cependant le traitement en est déjà à son troisième, quatrième mois, et souvent plus ; nouvelle source d'indication chirurgicale directe.

3) Dans un autre ordre de faits, le malade se présente avec une suppuration *d'ancienne date*, le traitement alvéolaire n'avance pas ou peu la guérison ; ici encore il faut essayer de mieux faire, et modifier directement la muqueuse ; à fortiori s'il existe des fistules alvéolaires ou palatines spontanées.

4) Si la suppuration est et reste fétide, si elle est accompagnée de l'expulsion de masses granuleuses, il faut penser à des lésions justiciables d'un traitement énergique.

Accessoirement, donnons aussi les deux indications suivantes :

5) Le pus de l'empyème, déjà ancien, est reconnu à streptocoque ; ces empyèmes sont, on le sait, les plus rebelles, et source parfois de graves complications ; en cas d'échec de la thérapeutique habituelle, ils réclameront une ouverture large rapide.

6) Après irrigation soignée du sinus, faite depuis longtemps déjà, la cavité reste opaque ou à peu près à l'épreuve de la transparence ; le croissant palpébral est obscur ; la sensation lumineuse reste nulle ; l'autre sinus, d'autre part, est nettement sain et transparent ; on doit évidemment songer à des lésions profondes des parois, de la muqueuse en particulier, et prévenir le patient de l'utilité, souvent même de la nécessité d'un traitement plus actif.

7) Certains cas ont une allure aiguë, et s'accompagnent en particulier de cellulite orbitaire et même de phlegmon suppuré de l'orbite ; ici encore, croyons-nous fermement, le traitement de choix sera l'intervention chirurgicale qui seule permettra de se rendre nettement compte de l'état des choses ; elle a un autre avantage, c'est d'exposer moins que toute autre aux ennuis et dangers d'une suppuration dont on ne peut prévoir la fin ; tandis qu'une opération curative précoce peut juguler les accidents.

Parmi nos opérés s'en trouvait un dans ces conditions, avec phlegmon orbitaire ; nous n'eûmes pas à nous repentir de l'avoir opéré largement d'emblée, car nous trouvâmes déjà dans le sinus de nombreuses fongosités qui eussent fort reculé l'époque de la guérison ; celle-ci survint complète en moins de quatre semaines ; tout récemment encore nous venons d'être

témoin d'un cas, pendant du précédent, et semblablement terminé par une intervention analogue.

De semblables accidents sont loin d'être exceptionnels ; et le malade acceptera d'autant plus volontiers le chirurgien qu'il éprouve de très violentes douleurs, et que l'organe de la vision se trouve menacé.

Même conduite à tenir, et à fortiori en quelque sorte, quand les accidents infectieux se portent vers la fosse canine, et exposent à un phlegmon de la joue.

II. Manuel opératoire. Traitement. — L'intervention acceptée, se pose tout d'abord la question de l'anesthésie.

On ne peut faire la trépanation avec la seule injection sous-gingivale de cocaïne, à moins de faire une trépanation exploratrice ; car le curettage, temps principal de l'opération, est très douloureux, et nécessite l'anesthésie générale à laquelle doit donc être donnée toute préférence.

Pour écarter la joue de la région canine, on enfonce jusqu'au fond du vestibule, du côté à opérer, un gros tampon, qui, en donnant du jour à l'opérateur, absorbera d'autre part une bonne partie du sang qui tend à s'écouler en arrière.

A l'aide du bistouri à lame courte, on trace alors une incision horizontale, allant d'emblée jusqu'à l'os, à un bon centimètre au-dessus du liséré gingival, et s'étendant de la partie la plus reculée de la deuxième molaire à la partie antérieure de la seconde prémolaire.

Un tampon appliqué pendant un minute ou deux a raison de l'hémorrhagie ; à l'aide d'une rugine coudée on relève par en haut le lambeau supérieur, sans toucher à l'inférieur ; et ce dans une étendue de un centimètre ; on est ainsi sur la face antérieure du sinus ; il faut éviter de se porter plus haut, car on s'exposerait à blesser le nerf sous-orbitaire, accident d'ailleurs de médiocre importance.

Un aide, qui jusqu'alors avait attiré et tendu en avant la lèvre supérieure à l'aide du doigt recourbé en crochet, saisit et tire en haut le lambeau supérieur ainsi mobilisé, de préférence avec un petit écarteur à griffe.

L'os étant bien mis à nu ; à l'aide d'un petit ciseau droit dont la lame mesurera environ un centimètre de largeur, on

pénètre d'un coup de marteau dans le sinus ; on s'efforce ainsi de circonscrire par trois ou quatre coups une perforation d'un bon centimètre carré ; le séquestre est extrait avec un petit davier.

L'antre étant ouvert, on procède à une grande irrigation à l'eau phéniquée à 1/100 chaude ; puis, la muqueuse bien nette se présente à la vue ; à l'aide d'une petite lampe électrique introduite dans la cavité, ou plus simplement du réflecteur frontal et d'un spéculum auris de grandes dimensions, on éclaire la presque totalité du sinus en divers points successifs ; à l'aide d'un stylet coudé, on recherche en même temps l'épaississement de la muqueuse, ses diverses modifications pathologiques ; l'existence et le siège de fongosités, de séquestres, et parfois de ces cloisons intra-sinusiennes dont plusieurs spécialistes, M. Cartaz en particulier et M. Luc ont signalé la présence toujours fâcheuse.

Si la muqueuse ne présente pas d'altérations bien manifestes, on pourra se borner à un énergique badigeonnage au chlorure de zinc, suivi de tamponnement ; mais presque toujours, et dans tous nos cas en particulier, le curettage s'impose en même temps. C'est pour le pratiquer efficacement qu'une large ouverture est nécessaire ; si besoin en est, on l'agrandit encore avec la petite pince coupante.

On introduit alors une curette de Volkmann de dimensions moyennes, et on gratte énergiquement tous les points malades ; si toute la surface de l'antre doit être modifiée, on curette méthodiquement l'une après l'autre toutes les faces, en redoublant de précautions au niveau de la face orbitaire toujours mince, et de la paroi interne par laquelle on pénétrerait facilement dans la fosse nasale ; le plancher surtout demande à être gratté avec soin.

Dans ce travail minutieux, il faut porter la curette dans tous les recoins, dans les angles où, plus qu'ailleurs, des fongosités peuvent échapper.

Au cours de l'opération, on irrigue largement le sinus avec une solution chaude qui entraîne les lambeaux de muqueuse et fait l'hémostase ; il est rare que l'hémorrhagie soit assez abondante pour nécessiter le tamponnement immédiat.

Ceci fait, on badigeonne tout le sinus avec un pinceau trempé dans une solution de chlorure de zinc à 1/15 ou 1/20, en ayant soin de l'appliquer dans les moindres recoins, et en frottant assez énergiquement.

Pour ce faire, nous nous sommes servis de pinceaux d'osier auxquels, sans nuire à leur solidité, il est facile de donner des courbures appropriées ; ils se terminaient par un plumasseau court et serré de charpie, préférable au coton hydrophile qui se tasse trop.

Ce badigeonnage achevé, on tamponne à la gaze iodoformée dont on prend une languette formée de plusieurs doubles, large de un centimètre, longue de trente à quarante ; la gaze est poussée méthodiquement dans tous les points du sinus, en évitant de la trop tasser ; l'extrémité répond à l'orifice du sinus.

On doit veiller à ce que toutes les lanières ne présentent pas d'effiloches qui pourraient se détacher dans l'extraction, et jouer ainsi un rôle de corps étranger.

Chez un de nos malades, la gaze iodoformée n'était pas supportée ; nous y substituâmes la gaze salolée ; ce serait le cas, croyons-nous, d'employer celle à la chinoline naphtolée dont M. H. du Fougeray s'est bien trouvé pour les tamponnements intra-auriculaires.

Une précaution que nous n'avons jamais négligée est la suivante : laisser à demeure la canule alvéolaire ; et au besoin, après extraction de la première grosse molaire, faire la trépanation avec le perforateur de Lermoyez, et placer une canule.

Cette conduite est prudente, au cas où la perforation canine, tout en amenant une grande amélioration, n'a pas suffi à assurer la guérison définitive, et dans tous les cas où il est bon de surveiller longuement le sinus malade, sans maintenir indéfiniment l'ouverture chirurgicale.

Dans plusieurs observations, nous trouvons mentionnées de violentes douleurs post-opératoires et le gonflement plus ou moins persistant des téguments de la joue ; nous n'avons pas eu ces complications, ce que nous mettons sur le compte de grands lavages répétés pendant l'opération, et surtout du tamponnement modérément serré, la compression provoquant

presque toujours de vives douleurs ; elle est d'ailleurs inutile, car l'hémostase est aisée.

Au bout de quarante-huit heures, le tamponnement est retiré très doucement ; le sinus inspecté avec soin comme au cours de l'opération ; un nouveau tamponnement est appliqué.

Celui-ci restera en place quatre jours si possible et sera remplacé par un autre qu'on cherchera à laisser huit jours.

Pour apprécier la ligne de conduite à tenir, on se base sur les sensations éprouvées par le malade ; sur l'odeur de la gaze et surtout l'absence de sécrétions purulentes à sa surface, et sur les parois du sinus.

Trouve-t-on sur ce dernier un point suspect, on le badigeonne aussitôt avec la solution modificatrice.

Mais il sera inutile, peut-être même nuisible, croyons-nous, de recourir au lavage entre chaque pansement ; car on excite le pouvoir sécréteur de la muqueuse qui se régénère.

Quand, au bout de deux pansements ainsi laissés huit jours en place, on trouve tampon et cavité en bon état, on supprime le tamponnement et on place seulement à l'orifice un tampon qui pénètre peu et assure cependant l'occlusion ; ce tampon retiré de temps en temps permet de voir comment se comporte la cavité ; si la solution paraît favorable ; on le tasse de moins en moins, et l'on voit s'effacer rapidement toute trace de traumatisme.

Dans certaines circonstances, le pansement est mal supporté, il est irritant quoiqu'on fasse, on le laissera aussitôt de côté, et l'on pratiquera des lavages antiseptiques de plus en plus espacés ; mais dans ces cas la guérison définitive paraît toujours se faire beaucoup plus longtemps attendre ; ce qui n'est pas parfois sans inconvénients ; car dans un cas de ce genre, une large ouverture persista, et nous dûmes la fermer par une petite opération autoplastique, en empruntant à la joue un large lambeau de muqueuse que nous laissâmes adhérent par son pédicule pendant cinq jours, et qui put ainsi, non sans difficultés, car les fils coupaient la gencive rapidement, nous assurer la fermeture de l'orifice opératoire.

Si l'ouverture large n'assure pas forcément la guérison ra-

pide, elle la donne dans près de la moitié des cas (du moins si nous nous en tenons à notre petite statistique) ; et en tout cas facilite considérablement l'action curative des autres moyens qui trouvent ainsi une muqueuse régénérée et susceptible d'un prompt et assuré retour à son état normal ; ce qui, on ne le sait que trop, n'est guère la règle dans les empyèmes du sinus, et particulièrement ceux qui ont trouvé place au chapitre des indications opératoires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Comptes-rendus par le Dr T. P. Berens, *secrétaire.*

Séance du mercredi 22 avril 1896.

Président : Dr J. E. Newcomb.

1. T. J. Harris. — **Présentation de cas.** — H. expose trois cas, dont deux étaient rares, et l'autre quoique commun, offrait de l'intérêt par le traitement et la méthode employée.

1° Jeune femme ayant souffert durant ces deux derniers mois d'une **tumeur de la narine gauche** ayant provoqué de la céphalalgie, des nausées et des vomissements. La tumeur était pédiculée, attachée à la cloison, demi-solide et non sensible au toucher.

2° Homme porteur d'une **tumeur sise sur les cordes vocales** ou dans leur voisinage.

3° **Laryngite tuberculeuse** et tuberculose pulmonaire. Le malade a été soigné par de nombreux médecins, les deux sommets se sont indurés, la température était de 39° lorsque l'auteur le vit pour la première fois, et la parole était réduite à un chuchotement. Pendant trois mois le malade prit de la créosote à l'intérieur et fut soumis à une médication intra-trachéale dont il retira d'excellents résultats. Il put alors travailler, sa température devint normale et l'affection pulmonaire s'arrêta. Les ulcérations trachéales guérirent totalement, l'appétit revint, ainsi que le sommeil, et la guérison définitive eut pu être obtenue si le malade était parti à la campagne.

Dans la discussion à propos de la tumeur nasale, Wright dit qu'il est certain qu'il s'agissait d'un angiôme, forme la plus répandue des tumeurs bénignes de la cloison.

Les auteurs allemands ont reconnu les tumeurs sanguines de la cloison dont ils ont rapporté plus de vingt cas. Seuls neuf ou dix cas de papillômes vrais ont été signalés, presque tous étaient insérés au septum ou au plancher nasal.

MYLES demande à HARRIS si l'homme porteur de la tumeur laryngienne parlait mieux que par le passé, car il croit que le diamètre de la tumeur est trop grand pour qu'elle puisse se glisser entre les cordes.

HARRIS répond que la tumeur était insérée entre les cordes mais que le malade parlait plus facilement lorsqu'elle était au-dessus.

2. WENDELL C. PHILLIPS. — **Ulcérations laryngiennes.** — Présente un médecin vétérinaire âgé de 26 ans, qui souffrit 13 ans auparavant d'une ulcération affectant la peau et le bord libre de la cloison cartilagineuse. Le tissu cicatriciel indique que l'affection était un lupus. D'après le malade, il subit une opération suivie de guérison. Il y a trois ans il commença à ressentir un enrouement avec affaiblissement graduel de la voix. On vit de nouveau du tissu cicatriciel sur la ligne médiane du nez. Depuis plus d'une année il a perdu la voix. Une masse pultacée siégeait dans la région du ventricule localisée au côté gauche. Elle saignait aisément, était couverte de sécrétions et il existait également une sténose du côté droit sur les cordes vocales, avec une forte infiltration bilatérale. Bien qu'il n'y eut pas de syphilis antérieure, on pouvait la soupçonner, et le malade fut traité par l'iodure de potassium. Il en prend actuellement 120 grammes par jour et on lui applique fréquemment sur le larynx de l'ichthyol à 25 °/₀. Amélioration notable. Ce cas surprend en raison de la coexistence du lupus et de la syphilis.

WRIGHT dit que la spécificité n'est pas douteuse, mais il est surprenant que l'os soit indemne.

MAYER a constaté un épaississement prononcé de la région de l'aryténoïde, empêchant de voir distinctement. Il croit à l'origine spécifique, et l'induration se résorberait aussi si l'on ajoutait les frictions mercurielles au traitement ioduré.

MYLES pense que l'on aurait pu faire divers diagnostics. Il considère que l'infiltration laryngienne étendue provenait en partie des efforts vocaux du malade.

NEWCOMB considère ce cas comme intéressant et il cite un malade qui vint se faire soigner au Demilt et chez lequel on diagnostiqua et traita dans diverses institutions un lupus. Le

traitement spécifique l'améliora aussitôt. Le médecin est souvent induit en erreur par la rapidité d'évolution des lésions syphilitiques.

Phillips dit que tout en regardant ce cas comme certainement syphilitique, un grand nombre de symptômes n'étaient pas ceux de la syphilis tertiaire.

3. C. E. Munger. — **Remèdes nouveaux dans le traitement des affections des voies aériennes supérieures.** — L'auteur rapporte que pendant l'année écoulée, un grand nombre de nouveaux médicaments ont été employés au Manhattan eye and ear Hospital pour le traitement des maladies du nez et du larynx, à la clinique de Chappell. Quelques-uns de ces remèdes étaient connus, mais habillés de vêtements neufs, certains ont réussi, et d'autres ont échoué.

Argentamine. — A beaucoup réussi dans le traitement de la rhinite catarrhale ou purulente. On emploie une solution de 5 à 10 °/₀ que l'on applique tous les deux jours sur la muqueuse préablement nettoyée avec soin. On donnera au malade une solution de 1/2 à 2 °/₀ dont il se servira journellement chez lui. Les anciens sels d'argent semblent meilleurs dans la laryngite chronique.

L'acétanilide sert en insufflation sur les plaies nasales consécutives aux opérations. Il vaut mieux employer la poudre pure que mélangée à du stéarate de zinc. La guérison est plus rapide, la céphalée frontale et les douleurs névralgiques qui suivent les opérations sont moins fréquentes, et l'on n'observe ni cyanose, ni sueur profuse, ni dépression cardiaque ni autres effets défavorables. Des hémorrhagies persistentes peuvent survenir à la suite de l'application du remède sur les plaies du septum.

Le tannigène est employé dans la rhinite hypertrophique et la pharyngite nasale chronique. Le médecin peut s'en servir en solution alcoolique d'un drachme par once, tandis qu'on l'ordonne au malade à raison de 10 grains par once dans un liquide connu à l'hôpital sous le nom d'*Oleum hydrocarbon Compound*. Ce dernier, proposé par W. F. Chappell est une mixture d'onguent, d'oxyde de zinc et de benzoïnol, quelques gouttes d'huile de gaulthéria et d'huile de sassafras. Le médicament pur est trop fort, parfois il ne réussit pas comme on l'espérait, et agit plutôt en stimulant qu'en astringent.

La formaline en solution de 1/2 à 2 °/₀ est un désodorisant et désinfectant actif principalement pour les ulcérations syphiliti-

ques. A l'appui de cette opinion, MUNGER rapporte deux observations.

Le carbonate créosoté a fourni d'heureux résultats dans les amygdalites folliculaires aiguës, même sans autre traitement local ou général. Le malade s'améliore très rapidement et souvent guérit en deux ou trois jours.

Le pyrozone est employé en solution de 3 et 25 %. La solution à 3 % sert comme antiseptique et hémostatique après les opérations, comme désodorisant et pour amollir les croûtes avant leur excision. La solution à 25 % appelée *pyrozone caustique* a donné de faibles résultats dans la pharyngite folliculaire et l'amygdalite. Elle a mieux réussi dans de rares cas de pharyngite latérale et de mycose pharyngée.

Le *lysol* n'a pas beaucoup servi. En solution de 1/2 à 2 % il fournit un bon spray antiseptique dans les cas où l'on emploie habituellement l'acide phénique. Il irrite souvent la muqueuse et il faut alors l'abandonner.

Le *thiol* n'a pas réussi jusqu'ici. L'absence de propriétés tachantes et d'odeur désagréable le rendent apte à remplacer avec avantage l'ichthyol à l'intérieur du nez.

L'ortho-mono-chlorophénol a été fréquemment employé dans la rhinite atrophique et ulcéreuse et dans l'eczéma des ailes du nez, par ce moyen la sécrétion et les croûtes disparaissent promptement, et les excoriations guérissent totalement. On emploie une solution glycérinée à 25 %, mais qui doit être appliquée uniquement par le médecin aussi souvent qu'il le faudra. Ce remède réussit dans les ulcérations de la cloison et des cornets et il a fourni de très brillants résultats dans la rhinite atrophique. Il a rendu également service dans la naso-pharyngite chronique, lorsque la sécrétion rétro-nasale était excessive. Jusqu'ici ce médicament a donné des résultats satisfaisants, mais on ne l'a pas encore appliqué au larynx.

Discussion.

T. P. BERENS dit qu'il emploie l'*ortho-chlorophénol* depuis 1884. Il attire l'attention sur ses effets anesthésiants et rapporte qu'il engourdit la base de la langue lorsqu'on s'en sert pour calmer l'irritation. Il a été satisfait de ses propriétés dans les affections ethmoïdales, où de fréquentes applications du médicament pur sur un très petit tampon ont donné de bons résultats dans les dégénérescences polypoïdes au début ou développées.

Gleitsmann s'est servi de mono-chlorophénol et ne lui a reconnu aucune propriété anesthésiante. Il a employé une solution à 2 1/2 %. Il désirerait appeler l'attention sur les qualités anesthésiques de l'antipyrine. Dans l'amygdalite aiguë il a obtenu l'effet désiré en injectant deux à cinq gouttes d'une solution à 50 %.

Newcomb dit qu'une solution de gaïacol à 5 % appliquée sur un bourdonnet d'ouate anesthésie complètement le nez et pourrait être employée dans l'oreille lors de la paracentèse de la membrane tympanique.

Smith croit que toutes les préparations au coaltar anesthésient.

Munger dit qu'il ne faut pas employer de fortes doses d'orthochlorophénol, sauf dans les ulcérations où ce procédé est efficace.

4. W. F. Chappell.— **Tuberculose pharyngée primitive et secondaire au point de vue clinique.** — Les opinions divergent au sujet de la muqueuse. C. relate trois observations de pharyngite tuberculeuse dont deux secondaires et une primitive.

Le premier cas concernait un phtisique avancé. Dix jours après l'infection apparente du pharynx, on vit poindre des tâches jaunes qui dégénérèrent en ulcérations, le malade succomba au bout des six semaines suivant l'invasion pharyngienne. L'auteur montre des figures représentant les différentes phases de la maladie.

Le second malade fut soumis à des traitements variés sans en retirer aucun bénéfice, son pharynx fut atteint quatre semaines avant sa mort ; il se produisit d'abord un épaississement de la muqueuse, puis apparurent des taches jaunes qui donnèrent lieu à des ulcérations.

La troisième observation a trait à une femme de 19 ans, soignée en 1895 pour un écoulement rétro-nasal et une hypertrophie de l'amygdale pharyngée. Le tissu adénoïde fut excisé, mais la malade revint se plaindre de frissons. On reconnut un nouveau tissu dur ressemblant à des végétations adénoïdes, et les replis pharyngiens latéraux, surtout à droite, ressemblaient à des crêtes épaissies, peu de jours après, la gorge se prit et les glandes se tuméfièrent.

Il n'existait aucun signe d'affection pulmonaire, la malade s'est toujours bien portée, mais quelques mois auparavant elle a soigné une sœur atteinte de tuberculose, et après son décès, elle occupa la chambre et coucha dans le lit dans lequel sa sœur avait été malade.

Un fragment du tissu lymphoïde fut envoyé au Dr Wright, on trouva un grand nombre de tubercules, et l'on diagnostiqua une tuberculose miliaire.

Discussion

Gleitsmann n'a rencontré qu'un seul cas de tuberculose pharyngée primitive, mais il pense que s'il existe une infection tuberculeuse du pharynx, sans aucune autre lésion, il faut la considérer comme une tuberculose pharyngienne primitive. Il voudrait attirer l'attention sur le fait qu'en traitant des cas de laryngite et de pharyngite tuberculeuses, le médecin croit que les ulcérations ont guéri d'après l'apparence cicatricielle, tandis qu'un examen révélerait uniquement l'accumulation de sécrétions à côté du processus actif. G. a été également frappé de ce que souvent les malades porteurs d'ulcérations étendues souffraient très peu. Il a observé un cas dans lequel les trois quarts de l'épiglotte étaient détruits sans que le malade se plaignit. Huit ans auparavant l'auteur a soigné un cas de tuberculose pharyngée primitive qui n'a jamais récidivé depuis. Wright montre une coupe microscopique du tissu que lui a adressé le Dr Chappell. Il rapporte que cette étude l'a intéressé et qu'il a cherché à développer ses recherches. Il s'agissait de savoir si le tissu lymphoïde était infecté avant l'ablation du tissu adénoïde, ou s'il était entré par ce canal, mais l'inflammation qui se manifesta une semaine après l'opération provient indubitablement d'une infection à ce moment, l'inflammation viendrait simplement de l'opération, et les manifestations apparues quatre semaines plus tard seraient les premiers signes de la tuberculose.

W. a retiré 12 amygdales à des enfants bien portants et les a introduites dans l'abdomen de cochons d'Inde dont neuf sont devenus tuberculeux. Il y a 5 ou 6 ans, Massei a écrit à l'auteur au sujet de l'existence des bacilles tuberculeux dans les nez et les gorges saines. Straus, de Paris, il y a environ deux ou trois ans, a trouvé des bacilles tuberculeux dans les nez et les gorges du nombreux personnel de l'hôpital soignant les phtisiques. Comme il est difficile de trouver les bacilles, il est fort probable qu'ils existent très fréquemment dans les nez et les gorges normaux. L'évidence prouve que le tissu lymphoïde ou adénoïde peut être aussi bien que tout autre le siège de l'infection, mais vu le grand nombre d'affections pulmonaires, on est surpris que le tissu lymphoïde ne soit pas plus souvent affecté.

Hance n'a jamais rencontré de cas de tuberculose pharyngée primitive. Il a fait quelques expériences sur l'origine de l'infection, et a trouvé que la poussière recueillie sur l'épaisseur d'un pouce au bas des murs d'une chambre où deux frères avaient succombé à la phtisie, avaient rendu un cochon d'Inde tuberculeux en 30 jours.

Mayer pense que les muqueuses affectées favorisent l'entrée des bacilles tuberculeux et de l'infection et l'observation en question l'indiquerait aussi. La muqueuse saine repousse le bacille, et ceci nous donne un moyen de prévenir l'infection. M. croit que certains cas de lupus bénin deviennent tuberculeux.

Simpson dit qu'il a toujours été frappé du petit nombre de cas de tuberculose pharyngienne comparativement à la tuberculose des autres régions, et il semble probable que ce fait est dû à ce que le pharynx est souvent nettoyé par les gargarismes, le nettoyage des dents, la toux, etc., et qu'ainsi les bacilles sont délogés. Le larynx ne peut se nettoyer aussi aisément et il est plus facilement affecté que le pharynx ; il est pour la même raison plus lié aux poumons.

Harris rappelle une observation de H. P. Douglas dans laquelle l'état du pharynx demeura stationnaire durant un certain temps, puis les poumons furent atteints. Dans ce cas le côté droit du pharynx était également affecté.

Newcomb conclut en disant qu'il n'est pas sage d'opérer tant qu'on n'a pas découvert la source infectieuse.

Chappell dit que le début ressemblait à un refroidissement ordinaire. On excisa une petite portion de tissu, qui repoussa sur une plus grande étendue et l'affection progressa.

Séance du mercredi 27 mai 1896.

Président : J. E. Newcomb.

1. F. J Quinlan présente une paire de **pinces adénoïdiennes** pour couper et gratter. Elles sont taillées en cône et offrent l'avantage d'occuper un petit espace dans le rhino-pharynx.

2. W. F. Chappell donne comme base pour **l'application des remèdes dans la cavité nasale et le pharynx** l'oléostearate de

zinc qui, étant semi-fluide, a le privilège d'être insensible aux changements de température et peut être employé seul ou mélangé à divers médicaments, adhérant aux surfaces sur lesquelles on l'applique ; il peut également servir pour la médication intra-trachéale.

Gleitsmann trouve la pince présentée par Quinlan très pratique, car elle occupe peu d'espace et permet d'enlever de plus grosses tumeurs que les autres pinces.

3. R. C. Myles présente une femme qu'il a opérée 8 jours auparavant en lui perforant le **sinus frontal gauche.** La partie inférieure du sinus près de l'ouverture de l'infundibulum était particulièrement étroite, et la paroi du fond projetée en avant. Il existe maintenant une tumeur polypoïde au voisinage du plancher de l'infundibulum qui n'y était pas avant.

4. J. W. Gleitsmann en montrant un malade, dit qu'il présente de l'intérêt parce qu'il est rare de pouvoir ouvrir le **sinus sphénoïdal.** Le malade est venu le trouver la semaine précédente pour une obstruction nasale ; le nez était rempli de croûtes, et après leur enlèvement on vit le sinus sphénoïdal qui était situé à quatre pouces de l'aile du nez. A part ce fait, l'observation offre peu d'intérêt.

Wright dit que lui et Gleitsmann diffèrent sur la manière dont on aperçoit le sinus sphénoïdal, et il désire faire savoir qu'il a observé un cas où il a pu voir le sinus ; les cornets moyens étaient fortement gonflés et l'on pouvait voir et sonder le sinus sphénoïdal.

R. C. Myles a mesuré les sinus sphénoïdaux et il a trouvé 2 pouces 1/2 à 3 pouces 1/4 à partir du centre de la cloison ou du milieu des ailes du nez. Il a obtenu 4 pouces 1/2 jusqu'à la paroi du fond, mais en inclinant légèrement le stylet.

5. J. E. H. Nichols présente deux malades : 1° **Tumeur épithélioïde du maxillaire supérieur.** Le malade portait une plaque dentaire qui peut avoir causé de l'irritation et provoqué la tumeur qui n'était pas douloureuse, mais augmenta rapidement.

2° Le second cas concerne une fillette n'étant pas sûrement syphilitique héréditaire, et dont l'affection simulait un **lupus.** Environ cinq mois auparavant, il s'est produit un écoulement nasal. Il existait une perforation du voile palatin et une ulcération avec destruction partielle des parties osseuses et cartilagineuses.

L'auteur n'a pas eu l'occasion de soumettre la malade au traitement ioduré.

6. CHAPPELL présente une pièce anatomique provenant d'un homme qu'il avait vu avant pour porter un diagnostic. Depuis lors, il avait été trachéotomisé pour un **carcinôme du larynx**. Il montre cette pièce dont l'autopsie offrira de l'intérêt.

WRIGHT dit qu'il a vu à sa clinique la femme qu'a présentée le Dr CHAPPELL et qu'elle était dans d'autres conditions. Son état s'améliora rapidement sous l'action de l'iodure, et l'on vit apparaître des troubles nerveux qui nécessitèrent son transfert dans un service spécial.

7. NEWCOMB montre une femme qui était employée à la buanderie du Roosevelt Hospital. Elle a eu cinq ans auparavant des furoncles et a été gênée au printemps par la chute de ses cheveux. Angine il y a six mois, refroidissement qui augmenta, début de toux, écoulement nasal et rétro-nasal. Pas de bacilles dans les crachats. La luette étant longue, on en coupe une partie dont un fragment est envoyé au Dr WRIGHT tandis que l'auteur se réserve l'autre. On y trouve des cellules rondes infiltrées et un épaississement des vaisseaux sanguins avec du nouveau tissu connectif. La malade était soignée par l'acide lactique, mais après l'examen microscopique on lui fait des frictions mercurielles et elle prend de petites doses d'iodure qu'elle tolère mal. L'épiglotte, la luette, la voûte et le voile du palais sont infiltrés, et malgré que l'iodure soit administré en petite quantité, l'infiltration, a notablement diminué.

SIMPSON, à propos du cas de NICHOLS, dit que dans l'épulis on doit réserver son diagnostic, car l'affection peut devenir maligne. Il cite un malade âgé d'environ quarante ans chez lequel une tumeur bénigne de ce genre est devenue maligne et s'est terminée par la mort.

BERENS a observé un cas de nécrose analogue à celui qu'a présenté CHAPPELL. Il a découvert un ver de noisette dans l'amygdale.

QUINLAN demande si WRIGHT a soupçonné que la malade de NEWCOMB fût une lupique.

WRIGHT dit qu'elle ressemblait à une lupique, mais l'examen microscopique a prouvé sa spécificité. Il croit que fréquemment des cas suspects de lupus révèlent leur spécificité quand ils sont soumis au traitement ioduré.

SIMPSON interroge le Dr CHAPPELL pour savoir si le cas de cancer présenté par ce dernier a été examiné au microscope.

Réponse affirmative.

MYLES dit que le cas de NEWCOMB ressemblait à la syphilis.

NEWCOMB trouve que d'ordinaire les cas de lupus soumis au traitement spécifique empirent et causent de grandes douleurs Cette malade était remplie d'espoir et croyait toujours aller mieux, aussi était-elle toujours satisfaite de ce que l'on faisait pour elle.

8. BEAMAN DOUGLASS présente un cas de **carcinôme primitif du cornet inférieur.** La littérature renferme un certain nombre de ces cas, mais peu sont confirmés par l'examen microscopique. Seuls deux cas rapportés antérieurement ont été reconnus comme d'origine intra-nasale et primitifs. Le malade en question n'avait pas d'hérédité du côté maternel, mais son père souffrait d'un écoulement nasal fétide et d'une affection de l'antre, qui envahit ensuite l'œil droit et le sinus frontal. Le malade avait 31 ans, tempérament nerveux; troubles du côté du nez cinq ans auparavant, actuellement écoulement muqueux à gauche; légère hémorrhagie grave ily a un an, suivie de douleur, le canal lacrymal est bouché, la peau non décolorée, le malade faible, mais non très affaissé. Narine droite normale. A gauche ulcération ressemblant beaucoup à une rhinite atrophique après l'enlèvement des croûtes. Le pésentateur a trouvé les signes caractéristiques du cancer.

9. HOLBROOK CURTIS rapporte l'observation d'une jeune femme de 30 ans qu'il soigna pour l'affection dite **influenza des roses.** Elle ne pouvait passer dans un jardin sans ressentir une prostration; elle a parcouru tout le monde à la recherche d'un soulagement mais sans en obtenir aucun. L'auteur a essayé le traitement suggestif. Il proposa à la malade des injections hypodermiques d'extraits du pollen de différentes fleurs. Il commença par la rose, le muguet, la violette, etc. Au bout de trois mois elle supporta la présence des roses. C. a entrepris ce traitement il y a plus d'un an, et actuellement la malade peut dormir dans une chambre renfermant quelques variétés de fleurs. Il laisse les membres de l'assemblée juger si le succès est dû à la suggestion ou à la vertu des injections hypodermiques. CURTIS expose ces remarques comme préambule à une communication possible au sujet des expériences sur le *Hayfever*.

10. WRIGHT. — **Quelques remarques sur l'obstruction nasale, description d'un naso-manomètre ; auscultation naso-pharyngienne.** — L'auteur dit que l'état du malade ne dépend pas de la découverte de l'obstruction nasale, dont il ne souffre pas toujours. Dans les cas d'obstruction dus à des néoformations, le développement est si lent que le malade ne ressent nulle gêne. La difficulté de faire un diagnostic correct a engagé W. à faire construire un manomètre nasal qu'il présente et dont il s'est servi. Il consiste en un tube gradué en U, rempli partiellement d'un liquide coloré auquel on attache un tuyau de caoutchouc, et à ce dernier un petit tube métallique. Celui-ci est introduit dans la narine du malade, et en comparant le degré de fluctuation du liquide lorsque le malade inspire, la perméabilité des deux conduits du nez peut être comparée. On a pu aussi établir un étalon relatif pour la respiration normale, qui aiderait à découvrir l'obstruction nasale. Le naso-manomètre peut être suspendu au mur ou attaché à l'endroit où sont serrés d'autres instruments.

WRIGHT attire l'attention sur ce que les ailes du nez apportent un obstacle à la respiration. Ce fait provient sans doute de la parésie des muscles respiratoires du nez. L'auteur a pu de cette façon guérir des malades.

Chez les enfants, les végétations adénoïdes provoquent souvent l'obstruction nasale. L'enfant n'est pas en état d'aider au diagnostic, et dans certains cas les signes d'obstruction sont peu apparents. W. croit que l'auscultation rendrait service dans les cas de ce genre. En plaçant le stethoscope en arrière de la joue, on a pu observer un changement dans la respiration chez des adénoïdiens.

WRIGHT parle des kystes osseux des narines, et dit qu'on a cru longtemps qu'ils provenaient d'hypertrophies et de replis, et de poussées osseuses. Cette explication est insuffisante, car les kystes contiennent très peu de glandes ; il est malaisé de concevoir que la croissance de l'os suffise à former un kyste et l'on ne voit rien de cela au cours du développement. L'auteur pense que les kystes sont dûs à des raréfactions de l'os lui-même. Ces faits s'observent souvent dans les formes chroniques et presque toujours chez des femmes.

GLEITSMANN a employé le naso-manomètre, l'a trouvé très utile et croit qu'il aidera surtout à découvrir l'obstruction de la portion supérieure des fosses nasales.

WRIGHT a également attiré l'attention sur l'auscultation naso-

pharyngienne, mais bien qu'il n'ait pas eu grand temps pour l'essayer; il a observé des sons variés chez des adénoïdiens.

Rice dit qu'il y a un certain nombre d'années, le Dr A. H. Smith lui a montré un instrument analogue à celui qu'a présenté Wright, mais il pense qu'il n'a jamais été perfectionné. R. a été satisfait de la façon heureuse dont les symptômes d'obstruction nasale ont été notés. L'obstruction par le collapsus des ailes du nez n'a pas été appréciée. La cloison nasale sans déviation ni ecchondroses peut s'épaissir et causer virtuellement une obstruction nasale.

Knight, à propos de l'opinion de Wright, dit qu'il n'existe pas d'état intermédiaire dans les kystes autre que celui s'accordant avec la théorie de Mac Donald ;lorsqu'il écrivit son article, il soignait un cas d'apparence tubulaire de l'os sur lequel on distinguait les ouvertures intérieure et postérieure, mais il croit qu'il s'agissait d'une désagrégation de la paroi osseuse du kyste.

Newcomb a observé un cas de courbure des cornets moyens mais il ne croit pas à un état intermédiaire de formation kystique. N. a employé l'auscultation pour diagnostiquer l'obstruction et il a perçu des sons qu'il ne peut décrire. Il n'a pas assez d'expérience pour en dire plus long.

A. Rupp a soigné récemment un cas de paralysie faciale rhumatismale unilatérale dans lequel étaient impliqués les muscles du nez, et la respiration nasale entravée du même côté. Quand la paralysie guérit, le malade remarqua une amélioration de la respiration à travers les narines. Ce fait contredit la plaisanterie anatomique du Dr O. W. Holmes rapportée par Wright.

11. C. C. Rice. — **Causes constitutionnelles et locales des hémorrhagies nasales et moyens de les contrôler**. — L'auteur dit que les hémorrhagies sont rares, mais elles se montrent parfois et sont difficiles à soigner. Leur étiologie doit être rapportée à des origines constitutionnelles et locales et aux traumatismes. R. a remarqué que les cas les plus graves provenaient de modifications constitutionnelles de la circulation et de la pression du sang dans les vaisseaux. Il existait aussi souvent une affection nasale locale favorisant l'hémorrhagie. L'hémophilie est peu commune. Fréquemment des lésions rénales, cardiaques et autres, prédisposent aux hémorrhagies, de même que les troubles mentaux. On rencontre assez souvent des épistaxis chez des enfants d'environ 14 ou 15 ans.

La muqueuse est rarement humide dans les cas d'hémorrhagie

[illegible] nasales [illegible] proviennent de varices [illegible] efforts exagérés. Tout le [illegible] nasales survenant au cours de [illegible]

[illegible] hémorrhagies nasales, il est important de [illegible] qui se trouve généralement sur la [illegible] du nez. Parfois ce point est situé très [illegible] distinguer. Rice n'a vu qu'un seul cas d'hé- [illegible] cornets.

[illegible] première nécessité de soigner la cause, qu'il s'agisse [illegible] affection rénale ou cardiaque, etc. La cloison nasale doit [illegible] aussi sera-t-il excellent de recourir aux frictions que R. a décrites dans un travail antérieur. Le tamponnement nasal rendra service au praticien général, mais il est inutile entre les mains d'un homme expérimenté.

A l'aide d'un spéculum et d'un bon éclairage le point saignant pourra être reconnu et comprimé avec de la gaze antiseptique en bandes. Si l'hémorrhagie est traumatique et non secondaire, la douche avec une solution tiède de Seiler sera excellente. La cocaïne serait un remède idéal, si elle ne déterminait pas une effusion de sang. Le tampon de cocaïne vaut mieux que le spray. On appliquera le galvano-cautère sur le point saignant. Si l'hémorrhagie dure depuis longtemps, on aura recours au tamponnement antérieur que l'on exécutera très facilement grâce à la cocaïne. Il sera bon de tamponner d'abord le plancher et de le poursuivre d'avant en arrière.

Wright fait remarquer que Chappell n'a pas mentionné les végétations adénoïdes comme origine des hémorrhagies chez les enfants.

Mayer dit que fréquemment les garçons de 15 ans qui souffrent d'épistaxis ont l'habitude de la masturbation. La gaze iodoformée est le meilleur remède pour le tamponnement. Le mieux est d'introduire un petit cathéter, d'y attacher un fil, qu'on enfonce dans les narines après avoir enroulé la gaze et que l'on retire ensuite. M. a observé un cas d'hémorrhagie grave des deux fosses nasales provenant d'une tumeur sarcomateuse.

A. Rupp demande à Rice si sa citation du livre de Bosworth concorde avec les expériences de tous les autres spécialistes. Sa propre expérience contredit l'opinion suivant laquelle, en cas d'affections constitutionnelles, les hémorrhagies nasales sont d'habitude bilatérales. Si l'épistaxis dure un certain temps, sou-

vent le sang régurgite à travers l'autre narine, faisant croire ainsi à une hémorrhagie des deux fosses nasales.

COFFIN dit que dans les hémorrhagies suffisamment graves il se sert du tamponnement postérieur, car on a peu de temps pour recourir à la cocaïne, et que du reste cette dernière est tellement diluée par le sang qu'elle est peu efficace.

C. rapporte deux observations d'hémorrhagies secondaires graves survenues après l'application du galvano-cautère à l'extrémité postérieure d'un cornet inférieur.

L'auteur trouve que le meilleur tampon est un bourdonnet d'ouate en forme de cône, composé de coton absorbant, rétréci au milieu, puis on replie le coton sur lui-même et l'on fait deux ou trois nœuds près des extrémités libres du coton. Le petit bout sera introduit dans le nez.

Le meilleur styptique serait une solution saturée d'acéto-tartrate d'alumine.

GLEITSMANN a été satisfait de l'emploi du *punk* pour enrayer l'hémorrhagie nasale. Il absorbe l'humidité et peut être enlevé au bout de 24 heures.

QUINLAN trouve l'acide chromique parfait. On peut l'appliquer sur un stylet que l'on portera sur la partie saignante. Il ne saurait trop vanter cette méthode qui est préférable à toutes les autres.

PHILIPPS dit que l'auteur a oublié de mentionner le traitement interne par l'ergot, ergotine, etc.

RICE a simplement cité BOSWORTH a propos des hémorrhagies nasales bilatérales au cours de maladies générales. La plupart de ces cas étaient unilatéraux. Il a signalé le traitement interne.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 8 janvier 1896.

Président : M. FÉLIX SEMON.

Lecture et adoption du rapport général sur la 3e réunion générale annuelle.

1. M. SEMON montre un cas de **paralysie bulbaire** avec atrophie musculaire progressive, paralysie complète de l'abducteur gau-

che, et parésie du droit, chez un laboureur de 54 ans. Les premiers symptômes apparurent en octobre 1894 après une influenza. Au mois de novembre 1895, on constate les signes suivants: Pendant le repos les cordes vocales sont plus rapprochées que normalement. L'inspiration profonde ne détermine ni écartement ni dépression des cordes vocales. Les mouvements de la corde vocale gauche sont nettement plus faibles que ceux de la droite. Pendant la phonation il y a rapprochement complet des cordes vocales. Le 19 décembre la paralysie de l'abducteur gauche est devenue totale. Les cordes vocales sont légèrement érodées. Depuis, pas de changement.

M. Spencer conclut de ses observations et d'expériences sur les singes, que dans ces maladies à lésions diffuses si on peut faire une localisation c'est celle de la dysphagie. Celle-ci, la paralysie faciale inférieure et celle de l'abducteur correspondent à une lésion du plancher près du calamus.

Le Président répond que bien que les différentes recherches de Spencer, Grabower, Grossmann, etc., aient jeté quelque lumière sur l'innervation du larynx, celles de Huglings Jackson, Mackenzie et autres ne permettent pas encore de se prononcer définitivement dans le même sens que M. Spencer.

2. M. Bond présente un **cas d'excision du larynx** pour myxochondrome. L'opération est faite depuis 39 mois, il n'y a pas de signes de récidive.

3. MM. Bond et Harvey montrent un cas d'**ablation complète du larynx pour épithélioma** avec excision de nombreux ganglions La tumeur siégeait sur la corde vocale droite. Le malade opéré depuis 17 mois porte sans gêne un larynx artificiel; déglutition, parole bonnes, santé générale excellente. Pas de récidive. L'examen post-opératoire a montré que les deux côtés du larynx étaient envahis.

4. M. Bond montre un cas de **spasme clonique du pharynx et du voile du palais**. Ces cas sont improprement dénommés chorée du pharynx.

M. Clifford Beale trouve aussi ce nom inexact car les mouvements décrits dans ces cas n'ont aucune similitude avec ceux de la chorée.

M. Bond répond que dans un cas analogue on trouva plus tard une petite tumeur de la mœlle.

5. M. Bronner montre un **volumineux polype** enlevé du pharynx nasal d'un homme de 32 ans.

6. M. Coufler Cripps, montre M. S. agé de 50 ans qui présente un épaississement élastique et uni de la grosseur d'une noisette sur le côté gauche du **cartilage thyroïde** avec extension vers la ligne médiane. Le malade pendant plusieurs années n'a pas fait attention à cette tumeur qui a beaucoup grossi depuis 2 ans. Le larynx paraît normal. Il y a un épaississement considérable du tissu lymphoïde de la base de la langue, et un peu de catarrhe chronique du naso-pharynx.

M. Bowlby a montré à la séance de novembre un cas analogue qui fut considéré comme un kyste thyroïde ou hyoïde.

M. C. Symonds pense qu'il s'agit de la même lésion.

7. M. W. Hill montre une coupe du tissu de cicatrice consécutif à l'ablation d'un cornet chez un malade précédemment présenté.

M. Cresswell Baber pense que c'est une hypertrophie du tissu non enlevé.

M. Symonds pense que ce n'est pas une hypertrophie, mais une excroissance.

M. Peyler pense que l'épithélium cylindrique est œdématié ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent et les parois vasculaires des vaisseaux néoformés; ainsi son opinion relativement à la nature de la tumeur se trouve vérifiée par la coupe.

8. M. David Newman lit : 1° deux observations de **laryngites tuberculeuses guéries**. — Dans les deux cas le larynx a été examiné avant l'apparition des signes pulmonaires et l'examen physique a prouvé que les poumons ont été pris secondairement.

Le traitement a consisté en diète sévère, puis anesthésie du larynx a la cocaïne suivie de pulvérisation sur les parties malades avec une solution à parties égales d'iodoforme dans l'alcool et l'éther. L'orateur a essayé ce traitement dans nombre de cas, il a toujours obtenu un grand soulagement. Mais ces deux seuls malades sont guéris de telle manière qu'il est difficile de retrouver les traces des anciennes lésions. Pour que le traitement soit efficace il faut que la muqueuse ne soit pas encore ulcérée. Il est à remarquer qu'après la pulvérisation, l'odeur de l'iodoforme apparaît dans l'expiration au bout d'environ 6 heures.

2° Une observation de **cancer de l'amygdale gauche, du pilier postérieur et de la luette**, survenu chez un cultivateur de 55 ans. L'examen microscopique a confirmé le diagnostie d'épithélioma. Opéré en 1890 le malade a guéri et ne présente pas de traces de récidives (en janvier 1896).

3° Un **cas de carcinome de l'amygdale et du voile du palais**. Deux mois environ avant son admission le malade a commencé à avaler difficilement surtout les aliments chauds. Bien portant en apparence il dit cependant avoir maigri et perdu du poids. Il accuse de temps en temps une vive douleur dans l'oreille gauche.

L'examen montre l'amygdale gauche augmentée de volume et ulcérée. L'ulcération s'étend au pilier antérieur au bord du voile du palais et à la luette, pas d'engorgement ganglionnaire. L'examen microscopique révèle un carcinome, après trachéotomie préventive la tumeur à été enlevée en moins d'une demi-heure par une large incision au thermocautère circonscrivant toute la tumeur et une large portion des tissus sains environnants. Cicatrisation en trois semaines. Le malade va bien.

M. C. Symonds félicite M. Newman de ces succès peu habituels dans ces cas. Il demande s'il a pu opérer par la bouche seule. Dans ces cas il se fait souvent des récidives dans les ganglions qu'il faut disséquer jusque dans le cou.

M. de Santi pense que le premier cas est un sarcome, l'autre un épithéliome.

M. C. Beale remarque que les guérisons de laryngites tuberculeuses sont surtout fréquentes lorsque le tissu pulmonaire n'est que légèrement atteint.

M. Newman répond que la tumeur première étant petite fut enlevée par la bouche après cocaïnisation, la seconde sous chloroforme. Il appelle adénocarcinome les tumeurs qui ont l'aspect de carcinome mammaire. Les pulvérisations de solution d'iodoforme sont faites trois fois par jour. La solution est composée de parties égales d'alcool et d'éther, et d'iodoforme à saturation.

9. M. C. A. Parker montre un cas de **paralysie des abducteurs avec crises laryngées** chez un portefaix de 32 ans, vu pour la première fois le 26 novembre 1895. — La maladie a débuté il y a trois ou quatre ans par une crise de suffocation, avec convulsions des membres et perte de connaissance. Revenu à lui le malade respirait bien. Il a eu depuis cinq attaques semblables dont une

seule pendant le jour; à l'examen du larynx la corde vocale gauche paraît fixée sur la ligne médiane, la droite est parésiée. Pas de troubles de phonation. Au début pas de signes de tabès. Depuis il signale la difficulté de la marche, le froid et l'insensibilité des pieds, des douleurs fulgurantes dans les deux jambes. Il est syphilitique. L'intérêt de cette observation est dans le début du tabès par les crises laryngées, le long espace de temps écoulé entre le début de ces crises et l'apparition des autres symptômes, la paralysie limitée à la corde vocale gauche.

Le Président fait remarquer que cette observation démontre la nécessité de l'examen des réflexes.

M. Watson Williams demande si le pouls était régulier. L'irrégularité des pulsations coïncidant avec les crises laryngées est pour lui un signe de tabès. Il a eu un cas très net de ce fait.

10. M. Scanes Spicer montre des coupes d'une **tumeur verruqueuse de la corde vocale gauche de nature suspecte**. L'examen microscopique montre un tissu fibreux à divers degrés de développement, dans lequel circulent de nombreux capillaires entourés de collections de petites cellules qui sont d'oririge inflammatoire. La muqueuse est aussi remplie de ces petites cellules sous l'épithélium. Pas de traces de cellules epithéliales dans le nodule ni de prolifération de l'épithélium muqueux.

Cette tumeur est donc d'origine inflammatoire et tient sa constitution fibreuse de sa longue durée.

11. M. Saint-Clair Thomson rappelle l'observation de **fibrosarcome du cartilage nasal** déjà relatée. Pendant les douze derniers mois de sa maladie le patient accusait dans l'œil droit la présence d'une mouche volante large comme un demi-penny qui a complètement disparu depuis l'ablation de la tumeur nasale. Depuis la tumeur a récidivé. Si c'est un sarcome que faut-il faire ?

M. Santi pense que c'est un sarcome. M. Spencer veut attendre un mois pour se prononcer. M. Symonds n'hésiterait pas après l'examen de la coupe microscopique à opérer largement. M. Stewart propose d'envoyer la pièce au *Comité des tumeurs*.

12. M. Tilley montre un cas de **laryngite inter-aryténoïdienne hypertrophique**, traitée par l'acide lactique à 80 % et le nitrate d'argent. Amélioration très notable.

13. M. Tilley indique un **diagnostic à faire.** Homme de 51 ans a eu la syphilis à 30 ans, depuis pas de mal de gorge. Il entre à London Throat Hospital en janvier dernier se plaignant d'enrouement et de dyspnée.

L'examen montre sur les cordes vocales des masses granuleuses actuellement un peu diminuées. Les cordes sont mobiles. Il y a épaississement du cartilage aryténoïde gauche. Toute la muqueuse secrète abondamment et est rouge et congestionnée. Soumis à l'iodure et au mercure le malade a éprouvé d'abord une amélioration, mais depuis quatre mois il n'y a aucun changement. S'agit-il de syphilis, de tuberculose ou de cancer ?

Le Président dit qu'il est difficile de se prononcer. Il faudrait prendre un fragment pour l'examiner.

14. M. Dundas Grant. — **Un cas probable de cancer intrinsèque du larynx.** Malade de 45 ans, enroué depuis deux ans avec dyspnée et bruit strident à l'inspiration, moindre à l'expiration. Pas de douleur spontanée. Dysphagie pour les liquides, toux aphone suivie d'expectoration sanguinolente. Ni hémoptysies, ni sueurs nocturnes, pas d'antécédents de tuberculose. Poumons normaux. Pas de signes de syphilis. Pas de ganglions. Pas d'augmentation de volume du cartilage thyroïde.

L'examen laryngoscopique montre l'épiglotte repliée en dedans, le champ interaryténoïdien gauche et le cartilage du même côté sont gonflés et immobiles. Le ventricule gauche est rouge et infiltré, la corde vocale recouverte de granulations pâles sessiles, saillant vers la ligne médiane. Le côté droit du larynx est légèrement congestionné sans ulcérations, mobile. La trachéotomie a été faite.

Le Président conseille l'opération radicale, thyrotomie et ablation totale du larynx.

L. R. REGNIER.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la dilatation de la trompe d'Eustache par les bougies. Le bougirage, par Albert GROSSARD (Thèse, Paris 1896).

Travail très intéressant, tendant à vulgariser une méthode peut-être encore trop délaissée, et qui a cependant donné des résultats heureux ainsi que j'ai eu l'occasion de m'en rendre compte, à Vienne d'abord, où le Prof. Urbantschitsch fait beaucoup pratiquer le bougirage à ses élèves, puis ici, dans la clinique de MM. Lermoyez et Helme.

Dans un historique sommaire l'auteur nous montre les essais d'Itard, de Saissy, de Deleau qui ne furent pas très heureux; puis il arrive à Kramer, de Berlin, qui, le premier, eut systématiquement recours à l'emploi des bougies. Après Triquet et Bonnafont la question tombe dans l'oubli pour être reprise bien plus tard, grâce aux travaux de Duplay, de Gellé et de Ménière en France, et surtout d'Urbantschitsch à Vienne.

Dans son second chapitre, G. fait l'anatomie et la physiologie de la trompe d'Eustache. Je ne m'y attarderai pas, malgré l'intérêt que présente le sujet, désirant surtout m'appesantir sur le bougirage proprement dit. Je signalerai seulement cette notion récente de P. Bonnier et que Grossard met en relief, à savoir, que les deux muscles qui ouvrent et ferment la trompe ont chacun dans la caisse un muscle associé qui défend le labyrinthe contre les excès et les variations de rapports dus au rétablissement de la pression normale dans la caisse. En effet, d'un côté le péristaphylin externe et le tenseur, formés par le même arc branchial mandibulaire, et innervés par le trijumeau; d'autre part le péristaphylin interne et le muscle de l'étrier, tous deux provenant du même arc hyoïdien, et tous deux innervés par le facial.

Les obstacles à la ventilation tubo-tympanique forment l'objet du troisième chapitre. Une fois que l'on a reconnu l'obstruction de la trompe d'Eustache par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par l'examen du tympan (méthode peu sûre), par l'auscultation,

ou par l'interrogatoire du malade pendant certaines épreuves, il y a lieu de procéder artificiellement à la ventilation de la caisse.

Ici l'auteur passe en revue les procédés usuels de ventilation de la caisse. Au sujet du cathétérisme il en donne les procédés les plus en usage ; chacun emploie celui auquel il est le plus habitué (Chapitre IV).

Au « Chapitre V » G. fait la technique du bougirage :

Choix de sonde. — Se servir de sondes en caoutchouc durci dont l'embouchure soit en forme d'entonnoir. L'auteur donne la préférence au n° 2 ($2^{mm},5$) qui, sauf de rares exceptions, remplit tous les désiderata. Pour les désinfecter, on les laisse constamment dans une solution de phénosalyl à 1 °/₀.

Choix des bougies. — Bougies en celluloïde, à extrémité olivaire ; elles peuvent séjourner indéfiniment et sans la moindre altération dans les liquides antiseptiques. Avant de s'en servir, rechercher par transparence s'il existe un trait de fracture afin d'éviter tout mécompte. Il existe les n°s 1 à 4 ayant de 1/3 à 4/3 de millimètre de diamètre ; on possède en outre des n^{os} intermédiaires ; Urbantschitsch conseille d'avoir à sa disposition le n° 1/2 (1/6 millimètre).

L'auteur s'est servi aussi de bougie en argent femelle, il en a été satisfait, mais recommande une grande prudence dans leur maniement.

La sonde une fois choisie, ainsi que la bougie, celle-ci glissant bien dans la sonde, on introduit la bougie en entier dans la sonde de façon que son extrémité supérieure déborde le bec du cathéter de 3 centimètres 1/2 chez l'adulte, de 2 1/2 à 3 centimètres chez l'enfant, et l'on marque un trait sur la bougie exactement au niveau du pavillon du cathéter. Au sujet de ces mensurations, l'auteur cite les tubes-index en gomme, en paille, d'Urbantschitsch, les sondes de Moure, teintées en deux couleurs et graduées. La bougie ainsi préparée est enduite ainsi que le bec du cathéter de pommade au menthol. Puis on procède à la petite opération du bougirage :

Un premier temps consiste dans le cathétérisme. G. préfère la méthode de Triquet.

Deuxième temps : Le cathéter maintenu de la main gauche, après s'être bien assuré au moyen de l'otoscope que l'air pénètre dans la trompe, on y introduit doucement la bougie. Il faut quelquefois tâtonner pour la faire pénétrer dans l'embouchure pharyngée de la trompe ; un bon moyen adjuvant est de le faire

pendant un mouvement de déglutition. Le passage de l'ouverture pharyngée à l'isthme exige beaucoup de patience des deux côtés ; ne jamais employer de force, et ne pas se presser. Un mouvement de déglutition peut aussi aider à la pénétration de l'instrument. L'isthme franchi, la bougie arrive facilement à l'ouverture de la trompe.

A quoi reconnaît-on maintenant que la bougie est bien dans la trompe ?

Signes objectifs d'après Urbantschitsch :

1. Pendant l'introduction de la bougie, le cathéter ne varie presque pas de position.

2. Le cathéter est fixé par la bougie, lorsque celle-ci est introduite.

3. Les mouvements de déglutition ne modifient pas la position de la bougie.

4. La bougie retirée ne présente qu'une légère courbure en S qui correspond à la direction de la trompe.

Signes subjectifs :

1. Elancement plus ou moins violent dans l'intérieur de l'oreille au moment où la bougie traverse l'isthme. Un grattement au niveau du cou laisse à présumer que la bougie n'est pas dans le canal tubaire.

2. La bougie située dans l'isthme de la trompe donne lieu assez souvent à une sensation de forte tension dans l'oreille.

3. Le passage de la bougie à travers la partie rétrécie s'accompagne presque constamment d'un bruit de crépitement qui peut être reconnu par l'auscultation.

Une fois la bougie dans la trompe, on l'y laisse ordinairement dix minutes, puis on retire avec précaution bougie et cathéter.

L'auteur répète l'opération deux fois par semaine sans faire suivre le bougirage d'aération de la caisse. Il commence toujours par essayer la bougie n° 3, et n'a recours au n° 1 que s'il ne peut franchir l'isthme avec les n°s supérieurs ; il monte ensuite graduellement jusqu'à 4.

Il faut, en général, dix à douze séances pour arriver à dilater la trompe. G. pense qu'au bout d'un mois environ de ce traitement, si les symptômes subjectifs et objectifs n'ont pas été améliorés, il y a lieu de recourir à un autre mode de traitement.

Quant à la direction que suit dans la caisse une bougie poussée au-delà des limites de l'orifice tympanique, G. pense, avec Eitelberg, que la bougie suit un trajet essentiellement variable avec les sujets, et même chez le même malade. Il faut tenir compte

de la nature, du volume et des courbures antérieures des bougies. Le plus souvent elle se heurte à la tête ou au manche du marteau, ou bien elle passe au-dessus de l'articulation de l'enclume avec l'étrier et se dirige vers l'antre mastoïdien.

Le chapitre VI porte sur les dangers et accidents du bougirage. Il pourrait se faire naturellement que l'on eût des accidents graves à la suite d'un bougirage mal fait, sans précautions antiseptiques ou sans vérification préalable minutieuse des instruments. En réalité, l'auteur n'en signale aucun. Les cas d'emphysème que l'on a rencontrés n'ont pas eu de suites fâcheuses. On l'évite en n'employant jamais la force quand la bougie rencontre un obstacle, et en n'insufflant pas d'air si la bougie, à sa sortie de la trompe, présente des taches de sang. Quant à la rupture de l'instrument, G. en signale trois cas personnels où les fragments ont toujours été rejetés spontanément par le nez.

Quand faut-il faire le bougirage ? — C'est à cette question que répond le chapitre VII, et on peut résumer cette réponse dans le conseil que donne Urbantschitsch de pratiquer de parti pris le bougirage explorateur de la trompe dans les affections de l'oreille moyenne, en particulier dans le catarrhe chronique de la caisse. Toutes les fois que dans le catarrhe chronique de l'oreille une bougie d'au moins 1 millimètre 1/3 d'épaisseur ne pénètre pas ou pénètre difficilement dans la partie osseuse de la trompe il faut faire le bougirage.

Chapitre VIII. Comment agit la bougie ? — C'est encore le maître viennois qui intervient pour nous répondre qu'il admet une action d'origine réflexe, dont le point de départ provient d'une irritation de quelques filets sensibles du trijumeau et surtout des filets tubaires de la cinquième paire, s'étendant sur toutes les perceptions sensitives, donc également au sens de l'ouïe. Il est loin de nier l'influence sur l'ouïe de l'action locale que produit la bougie sur la trompe ; mais la question n'est pas encore résolue.

Les résultats de la méthode que G. donne dans son chapitre IX, et qui sont basés sur l'examen de 250 malades, peuvent être résumés ainsi :

Du côté de l'audition le bougirage sera d'autant plus efficace que les lésions seront moins avancées.

Contre les bourdonnements le bougirage compte de nombreux succès, 7/10 des cas,

Enfin, contre le vertige, lorsque les moyens classiques ont échoué, on peut hardiment passer au bougirage. Sans trop pro-

mettre au malade, on pourra souvent lui apporter un grand soulagement.

Enfin Grossard termine son intéressant travail par la publication de nombreuses observations dont la plupart sont personnelles. Elles ne peuvent qu'encourager la méthode et engager le spécialiste à s'en servir d'une façon, je dirai presque, systématique. L. EGGER.

Traité de laryngologie et de rhinologie, paraissant sous la direction de P. HEYMANN. Vienne 1896. (Premiers fascicules, des tomes II et III. A. Hölder, éditeur).

Anatomie et développement du pharynx et du naso-pharynx par J. DISSE. — Nous trouvons une description très précise de l'amygdale pharyngée, de ses sillons, de l'ouverture presque constante que l'on voit vers son milieu chez l'adulte et qui mène dans un cul-de sac, reste du sillon médian principal de l'enfant — c'est la « fossette pharyngée médiane », qu'il ne faut pas confondre, comme on le fait souvent, avec la bourse pharyngée de Luschka et de Killian ; cette dernière en diffère pourtant complètement par son orifice qui est situé en arrière de la glande, par son long trajet, (15 m. m). par sa situation profonde, tout contre l'apophyse basilaire dans le tissu fibreux de laquelle sa pointe s'enfonce ; l'auteur ne l'a trouvée que 2 fois sur 30 cadavres, chiffre très inférieur à celui d'autres auteurs ; embryologiquement ce diverticule de la muqueuse est indépendant de l'amygdale pharyngée, tandis que la fossette médiane en fait partie intégrante. — La structure du voile du palais, les rapports entre le voile, les piliers, les amygdales, les muscles de la région sont étudiés d'une façon intéressante ; cette étude comprend une coupe transversale originale. Les rapports du pharynx sont étudiés dans leurs variations durant la croissance.

Physiologie du pharynx par EINTHOVEN. — Il s'agit de la physiologie des mouvements que l'auteur a pu étudier directement chez un opéré à travers la perte de substance faciale ; ce chapitre n'est en somme que l'exposé et la confirmation des études de Czermak, Zaufal et autres.

Méthodes d'examen du pharynx par G. SPIESS. — Chapitre fort complet et tout à fait pratique fait de topographie et d'indications précises sur l'emploi des divers instruments usuels dans l'examen méthodique de tous les points de l'arrière bouche, des amygdales, du rhino-pharynx. De nombreuses figures montrent

les abaisse-langue, les releveurs de la luette, les ouvre-bouche, les miroirs, etc. Enfin l'auteur donne une liste alphabétique des noms d'inventeurs attachés aux différentes formes de chaque instrument.

Anatomie et développement du nez et des sinus par V. v. MIHALKOVICS. — Quelques pages intéressantes consacrées au nez au point de vue plastique et au nez asymétrique, dévié. L'anatomie proprement dite et l'embryologie offrent un grand nombre de figures, presques toutes originales et remarquablement claires.

Histologie de la muqueuse nasale et de ses sinus par SCHIEFFERDECKER. — Le fascicule ne contient qu'une première partie de cet article, qui s'occupe de la délimitation des trois espèces d'épithéliums qui tapissent la cavité nasale ; l'épithélium pavimenteux dans la partie antérieure faisant suite à l'épithélium cutané, l'épithélium à cils vibratiles tapissant la muqueuse pituitaire proprement dite et l'épithélium olfactif occupant un espace restreint que nous montre un schéma. Pour l'auteur la muqueuse pituitaire commence là où se montrent les premières glandes à mucus, sur le bord antérieur du cartilage latéral ; jusque-là le revêtement des narines est assimilable à la peau a laquelle il fait suite. M. N. W.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Les dernières théories de l'audition, revue critique, par Pierre Bonnier (*Arch. internat. de laryng., d'otolog. et de rhinolog.*, mai-juin, 1896).

Travail plein d'intérêt, où l'auteur passe en revue et critique les diverses théories émises jusqu'à ce jour sur la physiologie de l'audition, et leur substitue ensuite la sienne propre, qui ne manque pas d'originalité.

Comme introduction, B. cherche une classification des théories existantes et les range suivant trois modes différents :

a) D'une part, toutes les théories connues, qui font de l'oreille un appareil de résonnance ; d'autre part, les théories de Hurst et de Bonnier qui assimilent l'appareil basilaire à un appareil enregistreur.

b) D'un côté, toutes les théories, y compris celle de Hurst qui admettent qu'il existe dans l'appareil auditif des points déterminés, appropriés à la perception de sons de hauteur donnée, et, d'autre part, la théorie de Bonnier qui, seule, fait rentrer l'oreille dans la règle commune de tous les appareils sensoriels et nie absolument toute localisation de la perception de sons donnés en des points définis.

c) Les unes admettent que c'est l'ébranlement sonore qui, par conduction moléculaire vient lui-même intéresser les éléments de la papille, et les autres, celles de Hurst et de Bonnier ramenant les conditions physiologiques de l'irritation papillaire à un simple phénomène d'hydrodynamique.

« Cette heureuse théorie, qui, aujourd'hui encore, règne sans conteste, dit Bonnier, en faisant allusion à la théorie de Helmholtz, repose sur trois hypothèses fondamentales que je vais chercher à déterminer pour leur substituer trois hypothèses contraires sur lesquelles nous verrons s'établir de nombreuses théories. »

C'est à cette tâche que Bonnier consacre la première partie de son travail.

1°. D'abord il n'y a aucune raison de supposer que tous les points de la papille cochléaire ne sont pas également aptes à percevoir les ébranlements de toute périodicité. Sans suivre l'auteur dans tous ses développements, disons qu'avant d'établir l'analogie entre un appareil sensoriel et des appareils de laboratoire, il importe de rechercher tout d'abord son analogie avec les autres appareils sensoriels mieux connus ou plus simples. Ainsi l'appareil auditif ne ferait pas exception à la règle commune des appareils sensoriels.

2°. Bonnier insiste sur le fait que l'hypothèse de Helhmoltz est purement physique, aucunement physiologique, qu'elle suppose que l'oreille opère exactement comme des résonnateurs qui, en réalité, font ce qu'elle ne peut faire. Pour l'auteur, la papille cochléaire est assimilable, non aux résonnateurs, mais aux appareils enregistreurs.

3°. Contrairement à Helmholtz, ce n'est pas l'ébranlement sonore lui-même qui, sans subir de modification dans sa nature, vient intéresser les papilles auditives, mais un autre ébranlelement de nature différente, bien que dérivé de lui. Ici, B. montre l'inexactitude de la comparaison qui assimile l'oreille à une machine à vapeur. De même que dans la machine, ce n'est pas la chaleur qui fait tourner les roues, mais bien la force d'expansion de la vapeur, ainsi dans l'oreille ce n'est pas l'ébranlement sonore qui est perçu, mais un autre ébranlement dont il est l'origine.

B. étudie ensuite le travail produit lorsque l'ébranlement sonore sollicite l'inertie moléculaire des milieux qu'il parcourt, ce qui a lieu tout d'abord, et le travail beaucoup plus considérable qui est effectué quand l'ébranlement sollicite un corps dont l'inertie totale peut être influencée par la périodicité de l'ébranlement.

Laissons la discussion et la réfutation des théories connues de Du Verney (1683), Le Cat (1767), Carus (1828), Hasse, Helmholtz (1862), les recherches de Hensen, les observations cliniques de Moos et Steinbrugge, les expériences de Corradi (1895) infirmant l'hypothèse de Helmholtz, les discussions de Weinland, Baer, P. Meyer. L'auteur montre à chaque pas l'absence de proportionnalité qui existe entre l'échelle de dimensions relatives des papilles acoustiques et l'échelle tonale.

Bref, passons à un point moins connu, la *théorie de Hurst*. Elle s'appuie simplement sur ce fait que deux ondulations, séparées par un intervalle convenable de temps, suffisent pour pro-

duire une sensation tonale distincte. Voici en deux mots en quoi consiste cette théorie pour ce qui concerne l'oreille interne : l'oreille interne est assimilée à une coque rigide avec deux points dépressibles, les fenêtres ronde et ovale, et remplie d'un liquide incompressible. L'ébranlement sonore infléchit la partie initiale de la membrane basilaire ; celle-ci oscille et cette oscillation se propage jusqu'au sommet du limaçon, le liquide immédiatement voisin de la membrane se déplaçant légèrement sous l'ondulation dans le sens longitudinal. Arrivée au sommet lagénaire, c'est-à-dire à l'hélicotréme, l'ondulation passe sans discontinuité de la membrane basilaire à la membrane de Reissner et redescend vers la base. Cette onde descendante, onde Reissnérienne, rencontre en un point variable, suivant la longueur de l'onde en question, l'onde basilaire ascendante qui la suit Cette rencontre se fait donc plus ou moins haut vers le sommet et les sons aigus sont perçus vers le sommet, les sons graves vers la base. Au point de rencontre, la membrane de Reissner est déprimée, et avec elle la membrane de Corti, vers l'organe de Corti.

Ne pouvant ici que résumer l'opinion de Bonnier sur cette théorie, constatons qu'il lui reconnaît la grande supériorité d'avoir réfuté l'hypothèse de la vibration par influence, et d'avoir déterminé la production de l'onde propagée de la base au sommet ; mais Hurst a véritablement gâté sa théorie par cette idée malheureuse qu'il fallait que la perception d'un son de hauteur donnée fût la fonction d'un point déterminé de la papille cochléaire.

Nous arrivons enfin à la *théorie de Bonnier*.

a) En ce qui concerne l'oreille externe, à côté de l'ébranlement sonore qui passe de l'air du conduit à la membrane tympanique, il faut considérer au niveau de la face externe de cette même membrane des variations périodiques de la pression de l'air qu'elle limite.

b) L'ébranlement communiqué par les milieux de l'oreille moyenne arrive à l'étrier qui oscille au niveau de la fenêtre ovale comme un véritable piston.

c) Dans l'oreille interne, la poussée rencontre un liquide incompressible enfermé dans un récipient rigide qui ne lui laisse d'issues qu'en certains points de sa paroi osseuse. Ces voies d'échappement et de recul sont pour, le vestibule, l'aqueduc du vestibule, et pour le limaçon, l'aqueduc du limaçon, d'une part, et la fenêtre ronde, d'autre part. L'auteur ne s'occupe que du limaçon, l'organe exclusif de l'audition tonale.

A chaque poussée de l'étrier, toute la masse du liquide oscille, les molécules agissant donc simultanément, solidairement, et réalise ainsi un travail bien supérieur à celui que provoque l'ébranlement sonore dans sa propagation à travers le milieu liquide qui n'intéresse que successivement les molécules liquides. De plus, la vitesse et l'amplitude de l'oscillation totale dépassent de beaucoup celle de l'ébranlement moléculaire.

Considérant que la voie de pénétration de la poussée est à l'orifice de la rampe vestibulaire, que les voies d'échappement débouchent également à ce niveau, il faut admettre que les parties les plus élevées du cône que représente le limaçon que l'on suppose déroulé, restent parfaitement étrangères à l'oscillation de la base ; le liquide n'y oscille pas, c'est à peine si la pression y monte imperceptiblement. En outre, sous l'influence de cette poussée, la membrane de Reissner fléchit, ainsi que la membrane basilaire, ce qui constitue la phase positive de l'ébranlement ; à la phase négative elles reprennent leur position de l'état d'inertie.

Après avoir démontré que c'est à l'oscillation totale et non à l'oscillation moléculaire qu'est lié l'intégrité des fonctions auditives, l'auteur nous apprend comment se fait l'analyse papillaire. L'organe fonctionne ici à la façon d'un appareil enregistreur.

La membrane basilaire peut être considéré comme un cordon épithélial suspendu latéralement par des attaches membraneuses flexibles, ayant donc une grande liberté d'oscillation transversale. De même qu'un cordon suspendu, le cordon papillaire suspendu sera parcouru longitudinalement par l'ondulation dérivée de l'ondulation transversale de la base. Il s'ensuit que dans une même phase ondulatoire, les éléments basilaires interéssés occupent autant de niveaux différents qu'il y a de points dans la courbe ondulatoire elle-même.

Or, l'appareil basilaire a trois points fixes : les deux attaches latérales et l'insertion de la membrane de Corti sur la protubérance de Huschke. En appliquant à ce système de suspension les oscillations que nous venons d'étudier, il est évident qu'il se produit dans la phase de descente de l'oscillation un tiraillement au niveau de l'insertion de la membrane de Corti.

Ce tiraillement mesure les variations de niveau de chaque point de la papille au-dessous de sa position d'équilibre. Cette partie de la courbe est donc relevée de la façon dont on analyse une courbe inscrite en mesurant les hauteurs de ses différents points à partir de sa position d'équilibre.

L'auteur explique ensuite comment se traduisent les différentes qualités du son, et s'élève contre l'erreur de considérer le timbre comme une qualité du son.

En somme, la théorie de Bonnier, ainsi que l'auteur le dit lui-même, a le caractère particulier de ne reposer que sur des phénomènes physiques qui ne peuvent pas ne pas se produire dans l'oreille, étant donnée la conformation anatomique de cet organe : elle se conforme aux données fournies par la clinique tout en restant avant tout physiologique, et en séparant ce qui appartient à la physiologie de l'organe de ce qui n'est que la physique des instruments de laboratoire. L. EGGER.

Corps étrangers du conduit auditif, par LACOARRET (*Annales de la policlinique de Toulouse*, juin et juillet 1896).

L'auteur traite des corps étrangers en général qu'on peut rencontrer dans l'oreille, et indique la manière classique de se comporter en face d'un accident de ce genre. Il rappelle que les plus grands dégâts commis dans l'oreille en cette circonstance, ne sont en général pas dus au corps étranger lui-même, mais bien aux tentatives d'extraction.

Au cours de son travail, il cite quelques observations intéressantes :

1. Un noyau de cerise dans l'oreille ; l'auteur ne voit le malade qu'après que des manœuvres eurent été pratiquées sur l'oreille par l'entourage du malade et par un médecin. Après guérison préalable du conduit ainsi maltraité, L. parvient à mobiliser ce corps au moyen d'un stylet, après y avoir pratiqué une perforation au galvano-cautère.

2. Cas d'un enfant atteint d'otite moyenne et externe à la suite de la pénétration d'un grain de blé, et des manœuvres pratiquées pour l'extraire. Ce corps étranger ne fut extrait qu'au bout d'une année.

3. Un homme persuadé d'avoir un gravier dans l'oreille, son entourage lui certifiant qu'on le voyait, se laboura l'oreille à tel point qu'il mit à nu une partie du conduit auditif osseux. Lorsque L. le vit, la sonde au contact de cet os dénudé donnait au malade la sensation du corps étranger. On ne sait encore si le malade est convaincu de l'absence du gravier dans l'oreille ?

4. Une jeune fille croyait avoir laissé tomber dans son oreille la perle d'une épingle avec laquelle elle se grattait. On ne put

la convaincre du contraire qu'en retrouvant le corps du délit sous un meuble à côté de l'endroit où la jeune fille s'était gratté l'oreille. L. EGGER.

Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse, par A. BROCA. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 27 février 1896).

Succès complet obtenu par A. Broca, chez un enfant de 13 ans ayant une fistule mastoïdienne. Cet enfant avait une otorrhée ancienne, datant de l'âge de 4 ans. A 6 ans il eut un abcès rétro-auriculaire, qui fut incisé et guérit rapidement. A 12 ans, nouvel abcès, de nouveau incisé, mais qui laissa une fistule. Au bout de quelques mois, l'otorrhée devint très abondante, deux trajets fistuleux s'étaient constitués derrière le pavillon, les douleurs étaient très vives, l'enfant pâle et amaigri, à un point qu'il était permis de soupçonner une lésion tuberculeuse.

Broca ouvrit alors largement l'antre, le canal de l'antre et la caisse. Sous les fistules cutanées existait une perforation de la corticale au niveau de l'antre, il n'y avait pas trace d'osselets dans la caisse. Toutes ces cavités étaient remplies de masses cholestéatomateuses fétides. Sept mois après l'enfant était guéri ; l'état local était parfait, l'état général excellent. B. insiste sur la longueur du traitement et l'intégrité du facial qu'il a pu conserver. G. LAURENS.

Application du téléphone aux sourds, par B. THORNTON (*Lancet*, 15 août 1896).

Description accompagnée de deux figures d'une modification du téléphone qui promet une aide matérielle pour l'éducation des sourds muets possédant un peu d'audition; il a sur le simple porte-voix que l'on emploie parfois l'avantage que les phrases de plusieurs récepteurs peuvent être transmises par un seul conducteur, de sorte qu'un seul maître peut enseigner à un groupe d'enfants; et que l'instituteur n'est pas obligé d'appliquer sa bouche au transmetteur, de sorte que les élèves voient distinctement l'expression du visage et les mouvements des lèvres, ce qui n'est pas le cas lorsqu'il doit diriger son attention et sa voix dans l'orifice d'un porte-voix.

SAINT-CLAIR THOMSON.

II. — *NEZ ET SINUS*

Gavage par le nez chez les enfants, par SAINT-PHILIPPE. (*Académie de médecine*, 25 avril 1896).

L'auteur préconise le gavage par le nez chez les enfants débiles, nés avant terme. L'opération est assez facile à exécuter. Point n'est besoin de sonde, qu'on ne peut employer que chez des enfants déjà âgés. Une cuiller à café à bec pointu suffit. Après avoir renversé la tête de l'enfant sur les genoux, on met l'extrémité de cette cuiller alternativement devant l'une et l'autre narine, et on y fait couler le lait que contient la cuiller. Par ce procédé on voit que l'enfant est soumis à un gavage en réalité peu compliqué et fort efficace. On peut continuer ainsi pendant un mois.

Le seul inconvénient de l'emploi de cette méthode de gavage est la production d'un coryza. C'est pour l'éviter que l'on aura recours aux soins d'antisepsie nasale ordinaires. On fera des lavages des fosses nasales avec de l'eau boriquée ; on mettra à l'orifice des narines, une pommade contenant de l'acide borique et de la cocaïne. Nous avouons que cette dernière partie du traitement, l'usage de la cocaïne, paraît un peu imprudente chez un nouveau-né. G. LAURENS.

De l'étiologie de l'ozène et de sa curabilité par la sérothérapie, par BELFANTI et DELLA VEDOVA (Communication faite à l'Académie royale de médecine de Turin, le 27 mars 1896, *Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia* ; 2e fasc. 1896).

Les auteurs rappellent d'abord les derniers travaux sur l'ozène de Fraenkel (1883), Lœwenberg (1885) et Abel (1885). Ce dernier a donné au microbe décrit par Lœwenberg le nom de « Bacillus mucosus ozenœ ». Dans le travail qu'il a fait paraître sur ce sujet il conclut en disant :

« La cause du processus ozéneux est le « Bacillus mucosus « ozenœ » qui est de la même famille que le pneumo-bacille, « dont il diffère cependant. On le rencontre à tous les stades de « ce processus dans les sécrétions, mais il ne pénètre jamais « dans la muqueuse ».

Les recherches des Drs Belfanti et Della Vedova confirment l'existence indiscutable de ce bacille dans les sécrétions, mais ils

ne les considèrent pas comme étant la véritable cause de l'ozène.

Ils ont en effet découvert un autre microbe qui se trouve non seulement dans les sécrétions, mais encore dans l'épaisseur de la muqueuse.

Les caractères bactériologiques (coloration, culture, etc., etc...) de ce microbe le rapprochent du bacille diphtéritique, du bacille pseudo-diphtéritique et du bacille que Kuschbert et Neisser ont décrit dans l'atrophie de la conjonctive.

Ce nouveau bacille se différencie toutefois du bacille de Löffler par sa virulence considérablement atténuée, car injecté sous la peau des cobayes il ne détermine que de l'œdème avec gangrène humide des tissus au niveau de la piqûre.

Cependant, frappés par les nombreuses analogies qui existent entre ces deux microbes, les Drs Belfanti et Della Vedova ont essayé le sérum antidiphtéritique en injections hypodermiques comme traitement de l'ozène.

Ils ont expérimenté cette méthode nouvelle à l'Institut Nicolaï (de Milan) sur 32 malades.

Voici les résultats obtenus :

16 malades ont été complètement guéris (pour quelques-uns la guérison date de plus de deux mois).

7, sont très améliorés et presque guéris.

4, améliorés.

5, légèrement améliorés.

Pour les malades guéris, le nombre des injections de sérum par malade a varié de six (minimum) à 30 (maximum). Le traitement a duré de 30 à 68 jours ; le nombre des *unités immunisantes* injectées a été de 5 200 à 27 500.

Pour les malades améliorés, le nombre des injections a été de 3 à 35 ; le nombre de jours de traitement de 15 à 72, et celui des *unités immunisantes* injectées de 5 200 et 48 000.

Sous l'influence de ce traitement on observe divers phénomènes locaux qui ont été : 1° Turgescence et congestion de la muqueuse ; 2° disparition de l'odeur caractéristique ; 3° fluidification de l'exsudat ; 4° disparition des croûtes vertes.

Ces modifications se succèdent avec une rapidité et une intensité variable pour chaque malade. Quant aux complications observées elles sont les mêmes que celles déjà constatées dans l'emploi du sérum dans la diphtérie et n'ont présenté aucun caractère de gravité. Les auteurs conseillent dans ces cas de suspendre quelques jours le traitement et de le continuer après retour à l'état normal.

H. DU F.

Note sur le traitement des abcès de la cloison, par HERCK (*Archives internat. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août 1896).

Il s'agit de trois observations dont la première a eu une marche beaucoup plus rapide vers la guérison grâce à l'emploi de crins auxquels l'auteur eut recours comme drainage.

H. préconise une incision aussi bas que possible, dans l'une ou dans les deux narines suivant l'étendue du décollement et la perte de substance du cartilage et une fois le contenu bien évacué, l'introduction d'une anse de quatre ou cinq crins de façon à faire un drainage efficace et continu. Tous les deux jours on retire un crin et la cicatrisation se fait régulièrement du fond à l'orifice. L. EGGER.

Papillôme de la face interne de l'aile du nez, par D'AGUANNO (Palerme) (*Archivio italiano d'otologia rinologia e laringologia* fasc. I, 1896).

On sait que les papillômes des fosses nasales sont des tumeurs rares. Mackenzie, Moldenhauer, Lacoarret, Wright, Massei, Arslan, etc., en ont rapporté un petit nombre d'observations. Généralement ces papillômes siégeaient sur le septum cartilagineux, les cornets inférieurs, ou la partie antérieure du plancher des fosses nasales.

L'auteur donne l'observation d'un cas de papillome situé sur la face interne de l'aile du nez.

Il s'agissait d'une jeune fille de 13 ans atteinte d'ozène. Sur la face interne de l'aile du nez, vers son centre, existait une tumeur du volume d'une grosse lentille, sessile, de couleur rosée Elle fut enlevée au bistouri à cause de sa consistance ; l'implantation fut cautérisée au galvano-cautère.

L'examen microscopique fit reconnaître un fibrôme papillomateux caractéristique avec revêtement de tissu épidermoïde présentant dans quelques points un véritable chorion. H. DU F.

Un cas de dégénérescence papillomateuse diffuse de la muqueuse nasale par HUNTER MACKENZIE (*Lancet*, 15 août 1896).

Homme de 30 ans, non syphilitique mais alcoolique. La muqueuse des deux fosses nasales est parsemée de nombreuses tumeurs sessiles variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de riz. Ils étaient très abondants aux environs

des régions supérieures. Les tumeurs les plus importantes furent enlevées à l'anse froide, mais la plupart purent être détachées avec la curette nasale. Au bout de 4 mois il n'y avait pas de récidive. L'examen microscopique révéla le caractère papillomateux indéniable de la tumeur. SAINT-CLAIR THOMSON.

Emploi du galvanocautère dans les sarcomes des fosses nasales (Discussion de la Practitioners society of New-York). (*Med. record*, 1896, p. 206).

Beverley Robinson qui a soulevé cette intéressante discussion demande si tout en étant plus commode l'anse galvanique donne autant de chance de guérison définitive que l'opération radicale à ciel ouvert et s'il ne vaut pas mieux pratiquer celle-ci d'emblée.

Abbe, même après l'opération radicale, a souvent été obligé d'employer le galvanocautère pour surveiller les récidives. Les sarcomes naso pharyngiens de l'adolescence finissent souvent par guérir après. Un de ces cas fut traité par la méthode streptococcique. Les douleurs, le gonflement forcèrent à suspendre ce traitement qui, d'ailleurs, ne semblait pas donner de résultat bien marqué.

M. Bornby rapporte une observation personnelle. Trois larges opérations furent faites successivement avant la guérison durable qui date maintenant de cinq ans. L'emploi de l'anse galvanique est absolument incertain et aléatoire. Il est presque toujours impossible de l'appliquer de façon à avoir une ablation complète. Les caustiques ne donnent pas une destruction plus certaine. C'est méconnaître toutes les lois de la pathologie des néoplasmes que d'employer ces moyens incomplets. L'anse galvanique doit être rejetée en pareil cas.

Bryant rapporte un cas de sarcome du naso-pharynx ayant récidivé après plusieurs ablations à l'anse galvanique et de nombreuses cautérisations. Décidé à l'opération radicale il pratiqua la ligature préliminaire des deux carotides internes. Mais l'anémie de la tumeur fut si remarquable après la ligature qu'il se décida à attendre. Le malade fut surveillé trois ans et la tumeur devint de plus en plus pâle, fibreuse, atrophiée. Un succès semblable a été obtenu par le Dr Dawbarn. La ligature non seulement facilite beaucoup l'opération radicale mais peut donc parfois suffire. A. F. P.

Notes sur le diagnostic des abcès latents du sinus maxillaire, par E. Cresswell Baber (*Brit. med. journ.* 1896, p. 1552).

Les cas auxquels ces notes s'adressent sont caractérisés par un

écoulement purulent par l'orifice antérieur ou postérieur des fosses nasales, écoulement en général unilatéral et plus ou moins fétide ; souvent il y a de plus de la douleur sus et sous-orbitaire. Les signes de probabilité d'un abcès du sinus sont donnés par l'examen rhinoscopique, par la position de Fränkel, par la transillumination, par l'existence des symptômes cardinaux de l'inflammation au niveau de la joue. Le seul signe certain de l'empyème est la preuve de l'existence du pus, preuve acquise à l'aide du cathétérisme par le méat moyen, soit par la ponction alvéolaire, soit enfin par la ponction à travers la paroi du méat inférieur ; pour ce dernier procédé l'auteur s'est arrêté à la canule droite de Grünwald qu'il enfonce, après anesthésie par la cocaïne, horizontalement, à la partie supérieure du méat inférieur, à l'union des tiers antérieur et moyen du méat ; si le pus ne sort pas directement on l'aspire ou bien on fait une insufflation d'air. Dans 26 cas consécutifs le trocart a toujours pénétré dans le sinus ; 17 fois il n'y avait pas de pus, mais il ne faut pas oublier que l'exploration par la ponction n'est faite que dans les cas douteux. M. N. W.

Épithélioma développé au niveau des cellules ethmoïdales, par Sourdrille (*Bulletin de la société anatomique de Paris*, mars 1896, p. 208).

S. montre une tumeur développée primitivement au niveau des cellules ethmoïdales, avec envahissement secondaire des sinus de la face et du crâne. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique. A. G.

Etiologie des ostéites de l'orbite, par Et. Rollet (*Lyon médical*, 8 mars 1896).

Il est démontré que la tuberculose frappe souvent la partie inféro-externe de l'orbite, c'est-à-dire l'os malaire. La syphilis, par contre, se localise parfois à l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Je ne parlerai pas des ostéites syphilitiques du frontal.

Mais une étiologie bien plus fréquente des ostéites de l'orbite consiste dans la propagation d'une inflammation développée dans une des cavités voisines de l'orbite. C'est à Panas que revient le mérite d'avoir le premier insisté sur l'origine sinusienne très fréquente des ostéites orbitaires.

Les ostéo-périostites de l'angle supéro-interne de l'orbite sont secondaires aux suppurations du sinus frontal, ce qui s'explique

amplement par les rapports et la constitution anatomique de la région. D'ailleurs, à l'appui de cette assertion, R. résume deux observations probantes.

Quant aux ostéites de la paroi inférieure, on serait moins tenté de les attribuer à une sinusite maxillaire, ce sinus n'ayant pas de tendance à se vider par sa voie supérieure ou orbitaire. Cependant, R. admet que là encore, c'est la sinusite qui commence et le phlegmon orbito-oculaire qui lui succède. Il base aussi son opinion sur l'observation d'une malade qui présentait une perforation du plancher de l'orbite de la largeur d'une pièce d'un franc, manifestement secondaire à un empyème du sinus maxillaire et qui guérit par le curettage de ce sinus.

L'auteur indique ensuite le danger du voisinage d'une ethmoïdite et d'une sphénoïdite.

De la sorte, les ostéites des parois interne, supérieure, inférieure de l'orbite, sont consécutives, dans la très grande majorité des cas, aux inflammations des muqueuses des sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux et maxillaires.

R. insiste sur l'importance qu'il y aura à dépister la cause de ces ostéites, ce qui seul peut nous mettre sur une voie thérapeutique utile. L. EGGER.

III. — *BOUCHE ET PHARYNX*

L'exploration digitale dans les affections de la gorge et du nez, (*New York med. journal*, 4 janvier 1896).

Une intéressante discussion s'est engagée à la Society of the Alumni of Charity hospital sur la valeur de ce mode d'examen. Kohn a particulièrement insisté sur les services qu'il peut rendre 1° aux simples praticiens n'ayant pas les instruments compliqués d'examen ni l'habitude de ces instruments 2° chez les jeunes enfants même chez l'adulte qu'il s'agisse de corps étrangers, de tumeurs malignes, d'amygdalite folliculaire, le toucher fournit de précieux renseignements.

Bryson Delavan sans nier la valeur du toucher ne croit pas que les résultats obtenus peuvent souvent suffir sans l'examen par les instruments. On se défiera de la douleur produite par le toucher dans les inflammations aiguës.

Proben signale l'utilité du toucher dans les abcès retropharyngiens, l'intubation, les affections du nasopharynx chez les jeunes enfants. A. F. PLICQUE.

Les rétrécissements de l'isthme du pharynx. Leur pathogénie et traitement, par le Dr BRINDEL (*Rev. de laryng.* 2-9 Mai 1896).

Après un court aperçu anatomique et physiologique, concernant surtout l'occlusion de l'isthme, l'auteur passe en revue les troubles fonctionnels, variables avec le degré de la sténose, et insiste sur les résultats fournis par l'examen physique et l'exploration à l'aide d'une sonde introduite par les fosses nasales.

Il aborde ensuite la pathogénie, et rappelle les théories émises. Paul (de Breslau), Schech, Lublinski ont admis l'ulcération primitive, suivie de l'adhérence rapide des surfaces cimentées en présence ; Neumann a insisté sur la myosite et l'état parétique du voile ; Cartaz sur l'infiltration et l'accolement progressif des piliers postérieurs au pharynx, attirant tout le voile à l'occlusion de l'isthme ; Mosny enfin a émis une théorie mixte : rétraction uniquement sous-muqueuse ; et rétraction cicatricielle au niveau et au pourtour des pertes de substance.

Pour l'auteur, le rétrécissement ne peut avoir pour cause unique l'accolement des piliers au pharynx ; l'isthme est un véritable sphincter qui peut se transformer en un anneau fibreux d'une rétractilité puissante ; d'autre part, l'existence d'ulcérations amenera l'accolement progressif des piliers postérieurs et du voile au pharynx.

Les pharyngo-staphylins perdant généralement leur action ; leurs antagonistes (ou le tissu fibreux qui les remplace) atteint de plus en plus le voile en haut, et contribuent au rapprochement médian des piliers postérieurs ; ainsi se trouve surtout favorisé cet accolement, et l'occlusion qui en devient la conséquence.

Rétraction cicatricielle annulaire d'une part ; rétraction musculaire du voile d'autre part, tels sont les deux facteurs des rétrécissement de l'isthme.

Les parties médianes du voile et du pharynx sont celles qui conservent le plus d'indépendance, du fait des actions physiologiques ; l'action du palato-staphylin, l'infiltration de la luette, expliquent la soudure incomplète sur la médiane, au niveau ou au voisinage de la luette (Moure).

Traitement. — La simple section des adhérences et leur isolement ne sauraient donner de résultats (conséquence même de cette théorie). S'il y a rétrécissement incomplet, sans trouble fonctionnel sérieux, s'abstenir est le plus prudent ; s'il y a des troubles accentués au contraire : pratiquer la dilatation lente

mais progressive à l'aide de bougies, et l'entretenir ; au besoin, s'aider au début de petites bougies à demeure (2 à 3 jours) introduites par le nez. Si l'occlusion est totale ; faire au thermo, au point reconnu le moins résistant, une perforation qu'on maintiendra par la dilatation si le naso-pharynx est envahi par le tissu de néoformation, tenter la perforation au galvano, de haut en bas, par les fosses nasales, puis faire la dilatation progressive.

Le cathétérisme fait avec méthode et persévérance, reste donc, la méthode de choix pour lutter contre la sténose de l'isthme pharyngien.

Doit on dire que si le processus, syphilitique, est en voie d'évolution, on devra instituer un traitement général très sévère, pour réduire à leur minimum les fâcheux effets des tissus néoformés. Dr RIPAULT.

Critique de la pharyngothérapie par R. Kayser (*Therapeut. Monatshefte, mai 1896*).

L'auteur s'élève contre l'importance exagérée que Ziem et Heller attribuent au nettoyage prophylactique et curatif du nez par des lavages, qui sont, suivant Ziem, « l'A et l'Ω de toute thérapeutique des maladies infectieuses ». S'il est vrai que le nez et le pharynx contiennent en tout temps des micro-organismes pathogènes, on ne peut cependant nier que le processus morbide débute rarement par le nez, ce sont précisément les microbes inaccessibles arrêtés plus loin, dans les bronches et le poumon. dans les voies digestives profondes, qui donnent naissance à la plupart des maladies ; les habitants de la pituitaire et de la muqueuse buccale et pharyngée atteignent plus rarement la virulence nécessaire. D'autre part, c'est une illusion de croire que les lavages puissent entraîner tous les microbes d'un conduit aussi anfractueux que le nez et pour être logique ne faudrait-il pas joindre aux lavages répétés le port d'un filtre respiratoire ? Par contre, le danger de transporter par les lavages des germes nuisibles dans la profondeur est très réel, l'infection de l'oreille n'est que trop fréquente. L'auteur pense donc que la « pharyngothérapie » prophylactique est à rejeter, ce qui n'ôte rien à l'utilité des lavages faits avec précaution au cours des maladies infectieuses lorsque le nez et le pharynx sont atteints.

M. N. W.

Du rôle de l'amygdalite dans la fièvre rhumatismale, par Willoughby Wade, (*Brit. méd. journ.* 1896, p. 829).

De nombreuses observations cliniques ont amené chez l'auteur la conviction de l'existence de relations étroites entre l'amygdalite et le rhumatisme. Le mal de gorge banal paraît être très souvent la porte d'entrée de l'infection rhumatismale qui se manifeste soit immédiatement, soit après un intervalle plus ou moins long, soit après une série d'angines restées locales ou suivies de symptômes d'infection générale plus ou moins légère comme on le voit si communément. Le lien est parfois si étroit que le malade affirme que sa maladie a débuté par la gorge, la courbature de l'angine se continuant directement avec les douleurs articulaires rhumatismales. Le fait que toute angine n'est pas suivie de rhumatisme n'a rien de contraire à cette théorie. L'auteur suppose l'existence d'un microorganisme spécifique du rhumatisme qui envahit l'organisme à la faveur de lésions créées localement par des microbes vulgaires cause des angines.

M. N. W.

A propos de l'amygdalite nécrosique, par Hicguet, (*La Policlinique.* 5e année n° 2, p. 433, 15 janvier 1896).

H. propose de désigner sous une même appellation d'*amygdalite nécrosique* l'affection décrite par Moure sous le nom d'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë et la lésion antérieurement étudiée par Strümpell et dénommée par lui angine nécrosique. Les deux descriptions concordent presque de point en point : sauf que Strümpell signale une fièvre élevée et un trouble notable de l'état général, tandis que Moure a constaté que quelques accès fébriles et pas de retentissement sérieux sur l'organisme.

M. LERMOYEZ.

A propos de la question des angines. Un cas de polymorphisme des manifestations pharyngées du streptocoque, par E. Chrétien. (*Jour. des connaiss. méd.* N° 17. p. 141, 23 août 1896).

Fillette de 10 ans : atteinte d'enrouement par parésie des cordes vocales, sans doute consécutive à la présence de volumineuses amygdales.

Le 15 décembre amygdalite aiguë à fausses membranes, où la culture révèle l'existence isolée de streptocoques à petits grains.

Le 17 janvier angine erythémateuse : l'ensemencement de la salive qui se trouve sur l'amygdale donne le même streptocoque.

Le 24 janvier, ouverture d'un phlégmon péri-amygdalien dont le pus, ensemencé, donne la culture du même streptocoque pur.

Un mois après, amygdalotomie à l'anse chaude ; le lendemain, la plaie se recouvre d'une pseudo-membrane, dont l'ensemencement donne une culture pure du même streptocoque.

C. fait remarquer que ces manifestations diverses doivent être comme des expressions considérées différentes d'une même infection streptoccique de la bouche et, contrairement à l'opinion soutenue par Widal, Besaner, il affirme la nécessité de maintenir l'individualité nosologique des angines tstreptococciques.

M. LERMOYEZ.

Endocardite staphylococcique, d'origine amygdalienne, siégeant sur les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, par Charrin, (*Sem. méd.* 14 mars 1896).

Un jeune homme de 18 ans est pris d'une amygdalite aiguë. A son entrée à l'hôpital, l'état général est grave, l'adynamie intense, la température de 40 a 41°, la dyspnée prononcée. On constate plusieurs foyers broncho-pulmouaires. L'amygdale droite, à ce moment, n'est que légèrement tuméfiée La pression sanguine est abaissée. Malgré l'application scrupuleuse des traitements indiqués par la situation, le patient a succombé. L'autopsie a démontré : Foie dégénéré, graisseux ; rate molle ; substance corticale des reins pâle ; foyers broncho-pulmonaires pseudo-lobaires ; présence de bourgeons saillants implantés au niveau des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Des recherches plus approfondies ont révélé la présence au sein de ces foyers thoraciques, dans ces végétations endocardiques, du staphylocoque doré qui, quelques jours auparavant, avait pullulé dans l'exsudat blanchâtre recouvrant l'amygdale.

De ces constatations l'auteur tire d'intéressantes considérations sur la pénétration des germes infectieux au niveau des amygdales et sur l'infection générale consécutive. L. EGGER.

Les amygdalites chroniques, par Wilson (*N. Y. med. journ.* 1896, p. 510.

Avant de pratiquer l'amygdalotomie, Wilson recommande de se poser toujours les quatre questions suivantes : 1° Quelle est la va-

riété d'hypertrophie amygdalienne ? 2° Est-elle réellement une cause de mal de gorge ? 3° Les cryptes et les lacunes ne sont elles pas seules affectées ? 4° Quel est l'âge du malade ?

En terminant, outre l'hypertrophie simple, W. signale les mycoses de l'amygdale circonscrites ou diffuses, les calculs, la syphilis, la tuberculose, le lupus, les tumeurs bénignes papillomateuses comme particulièrement méconnues. A. F. PLICQUE.

Deux cas d'hypertrophie amygdalienne tuberculeuse larvée, par RICARDO BOTEY. (*Archivos latinos de rhinologia, laringologia, otologia*. Novembre-décembre 1895, p. 311).

Deux cas qui apportent leur contribution à l'intéressante question du début amygdalien de la tuberculose pulmonaire.

Le premier cas a trait à un garçon de quatorze ans, scrofuleux, né d'un père tuberculeux et dont la tante maternelle est également atteinte d'une induration des sommets. Cet enfant présente une hypertrophie considérable des amygdales, jointe à d'abondantes végétations adénoïdes : l'amygdale droite offre à sa surface une série de petits abcès miliaires. Au bout de quelque temps le malade s'étant refusé à l'amygdalotomie, l'amygdale gauche présente à son tour un abcès miliaire. Au voisinage de ce dernier se montre une petite ulcération superficielle, indolente, dont les sécrétions renferment des bacilles de Koch. Quelques mois plus tard, le malade revient avec une adénopathie cervicale descendante et des lésions tuberculeuses des deux poumons : à ce moment seulement, il consent à se laisser opérer.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, lymphatique, ayant de l'hypertrophie amygdalienne surtout marquée à droite. La mère était tuberculeuse. L'amygdale gauche petite, mais pédiculée, est facilement enlevée à l'anse chaude : pareille tentative échoue sur l'amygdale droite légèrement enchâtonnée. Or, en faisant des coupes de cette amygdale, B. trouva un foyer caséeux contenant des bacilles de Koch. Des fragments de cette amygdale, inoculés au cobaye, le tuberculisèrent. Cinq ou six mois plus tard, la jeune fille présentait une adénopathie cervicale confluente, une tuberculose des deux sommets et une infiltration tuberculeuse de la muqueuse sus-aryténoïdienne.

Il est regrettable que dans les réflexions qui font suite à ces intéressantes observations, B. passe complètement sous silence les travaux des auteurs français sur cette question; pour ne prendre qu'un exemple, ceux de Dieulafoy, antérieurs de six mois à ce

[illegible]

[illegible] L. [illegible]

[illegible] [illegible]

[illegible] L. [illegible]

Angine diphtérique à streptocoques. Éruption tardive post-sérique, par R. [illegible] (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 26 mars 1896).

[illegible] il s'agit d'un cas [illegible] de la diphtérie, [illegible] de sérum de Roux. Les recherches bactériologiques ne donnant que des streptocoques, on substitue au sérum antidiphtérique le sérum de Marmorek. Traitement local de l'angine, et de diverses complications (abcès). Ajoutons enfin une éruption polymorphe tardive post-sérique avec hyperthermie. L'enfant guérit après avoir fait une rougeole.

L. EGGER

Présence fréquente du bacille de Löffler sur la plaie respiratoire après l'ablation galvanocaustique de l'amygdale. Innocuité du bacille dans ce cas, par Lichtwitz. (*Bulletin de la Société de biologie*, mars 1896, p. 30).

Frappé de la ressemblance que présentait la plaie, quelques jours après l'opération, avec une plaque de diphthérie, L. fit l'examen des sécrétions au moyen du sérum de culture et il étudia vingt-sept opérés, chez onze de ces malades il vit après culture du sérum le bacille de Löffler, soit court, soit long, associé à des microbes différents, streptocoque, staphylocoque, leptothrix, etc.; malgré cela il n'y eut aucun accident particulier et les plaies guérirent toujours facilement, sans qu'il ait été nécessaire de pratiquer une injection de sérum de Roux.

A. G.

Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Texier (*Gaz. méd. de Nantes*, avril 1896).

Dans une conférence faite à l'Ecole de médecine, l'auteur trace la nosologie complète des tumeurs adénoïdes. Il signale les complications communes de cette affection, insiste sur le diagnostic entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et l'adénoïdite. Enfin il termine en indiquant brièvement la conduite à tenir dans les différents cas. L. EGGER.

Papillomes du voile du palais, par Scheppegrell (*N. Y. med. journal*, 1896, p. 470).

Ces papillomes très fréquents, plus fréquents que les autres tumeurs du voile du palais, s'insèrent de préférence sur la luette. Ils sont bénins et souvent même ne causent aucun trouble fonctionnel. Leur mollesse, leur aspect mamelonné les font en général facilement reconnaître. Au besoin l'examen microscopique d'un fragment lève tous les doutes. S. rapporte un cas personnel remarquable par le large siège du néoplasme, la longueur du pédicule et l'absence telle de troubles fonctionnels que le malade ignorait sa maladie. Dans un autre cas un papillome beaucoup plus petit, à pédicule infiniment plus court, détermina au contraire une très vive irritation. Ablation facile dans les deux cas. A. F. PLICQUE.

Cancer de l'amygdale et du naso-pharynx sans récidive trois ans après l'ablation, par C. M. C. Burney (*Medical record.*, 1896, p. 204).

Burney a présenté à la « Practitioners society of New-York » deux malades ; le premier opéré d'un cancer de l'amygdale, le 1er février 1893, le second d'un cancer du naso-pharynx, le 18 août 1893. Chez le premier, âgé de 63 ans, on avait enlevé après ligature de la carotide externe, non seulement l'amygdale mais toutes les glandes et tout le tissu cellulaire rétro-maxillaire. Un traitement spécifique intensif avait été essayé avant l'opération sans résultat. L'examen histologique de l'amygdale et des glandes avait conclu à du carcinome pur. Chez le deuxième malade, âgé de 60 ans, un sarcome énorme du naso-pharynx n'exigea pas moins de sept opérations successives, en août 1888, février 1889, février et juillet 1890, février 1892, juillet 1893, août 1893. Cette dernière, faite après trachéotomie préalable, donna un résultal durable. La tumeur était un fibro-myxo-sarcome à cellules fusiformes. A. F. P.

Traitement des tumeurs malignes du pharynx. Discussion de l'Académie de médecine de New-York (*Med. record*, 1896, p. 140).

Bodine insiste 1° sur les avantages de l'anesthésie par l'opium ou la morphine ; 2° sur l'utilité des injections salines pour combattre le choc et l'hémorrhagie. Presque toujours le mieux est d'aborder largement la tumeur à travers l'antre d'Highmore. La voie palatine lui a donné un succès sans récidive mais avec une perforation du voile.

Rufus P. Lincoln croit que le galvanocautère donne des succès très nombreux. Dans seize cas personnels ce traitement lui a réussi quatorze fois.

Howard Lilienthal, chez les malades très affaiblis, emploie, outre les injections salines éventuelles, la ligature préliminaire des membres. En dénouant la ligature au moment voulu, on a un moyen très puissant contre le choc. A. F. P.

IV. — *LARYNX ET TRACHÉE*

De l'autoscopie laryngée, par L. Turner (*Brit. med. journ.*, 1896, p. 1447).

L'auteur présente à la Société medico-chirurgicale d'Edimbourg les instruments nécessaires à cette méthode d'examen. Chez les enfants, la méthode de Kirstein est souvent d'un grand secours autant pour l'inspection des voies respiratoires que pour l'ablation de tumeurs laryngées ; chez l'adulte, au contraire, la grande difficulté est d'attirer l'épiglotte en avant et surtout d'abaisser suffisamment la base de la langue. Peu de sujets supportent la pression nécessaire pour cet abaissement ; l'autoscopie ne pourra pas remplacer l'examen au miroir. M. N. W.

Corps étranger du larynx, par B. W. Gowring (*Brit. med. journ.* 1896, p. 1443).

Un enfant de six mois est apporté à l'hôpital suffocant ; l'inversion, le tapotement du dos avaient été essayés inutilement ; le doigt introduit dans la gorge rencontre une grosseur qui est prise pour une grosse amygdale ; sans tarder, l'enfant étant déjà en état de mort apparente, l'auteur fait la trachéotomie et la respiration

artificielle, car l'effet stimulant habituel de l'incision ne se produit pas. Petit à petit la coloration normale et les mouvements reviennent, mais l'absence du cri témoigne de l'obstruction laryngée ; au moment où une sonde est conduite à travers la plaie vers le larynx un effort expiratoire se produit et comme les lèvres de la plaie se trouvent rapprochées la colonne d'air chasse par la bouche au loin le corps étranger qui est une jujube à moitié ramollie. L'incision est suturée, l'enfant placé dans une tente chargée de vapeurs d'eau et la guérison survient sans accidents La jujube, ayant la forme d'un coin tronqué était entrée comme un coin dans le larynx, permettant à l'air de sortir, mais non d'entrer.

M. N. W.

Corps étranger resté durant 24 ans dans une bronche, par J. Mitchell (*Brit. med. journ.* 1896, p. 1466).

Une pièce de monnaie fut trouvée dans la bronche gauche à l'autopsie d'un homme de 60 ans qui n'avait jamais présenté d'accidents broncho-pulmonaire, de sorte que sa fille traitait de fable la pénétration de la pièce de monnaie qui avait eu lieu 24 ans plus tôt. L'air pénétrait librement dans la bronche gauche, la pièce étant située tout contre le septum légèrement ulcéré ; la muqueuse était rouge et congestionnée sur une grande étendue. M. N. W.

Un cas d'infiltration leucémique du larynx, par Wilhelm Mager (*Wiener klin. Woch.* 1896, p. 577).

Il s'agit d'un homme de 58 ans chez lequel on constate l'existence d'une leucémie avec lymphadénie généralisée, hépato-et splénomégalie, développées graduellement dans l'espace d'un an.

Le malade était déjà cachectique, la leucémie très avancée (un globule rouge pour 2 ou 3 blancs suivant les jours) lorsqu'il survint de la raucité et de la douleur au niveau du larynx, puis de la dyspnée, de la sténose laryngée qui conduisit en quelques jours à la trachéotomie ; celle-ci fut suivie d'un phlegmon gangréneux péritrachéal et de mort. Objectivement on put constater, pendant la vie d'abord, les signes d'un catarrhe laryngé aigu, puis l'immobilisation complète de la moitié droite du larynx en même temps que la muqueuse apparait notablement infiltrée, surtout au niveau de la face postérieure du larynx ; un gros repli de muqueuse infiltrée émerge du sinus de Morgagni droit de manière à masquer la corde vocale correspondante ; les parties visibles des cordes vocales sont rouges, inégales, couvertes d'amas épithéliaux ; deux

jours plus tard on voit la corde vocale droite s'abaisser pendant l'inspiration en obstruant la glotte ; un nodule apparaît sur le repli aryténo-épiglottique. L'autopsie confirma le diagnostic d'infiltration leucémique du larynx dans son ensemble, mais il y avait de plus périchondrite de sa moitié droite avec nécrose totale du cartilage aryténoïde et perforation laryngo-pharyngée. L'infiltration était due à gauche uniquement à des leucocytes mononucléaires sans trace d'inflammation, tandis qu'à droite il s'était développé sur ce terrain d'infiltration leucémique un processus inflammatoire avec exsudation fibrineuse, leucocytes polynucléaires, microorganismes aux points nécrosés uniquement ; il est logique d'admettre l'irruption dans les tissus malades, mal nourris par des vaisseaux en partie oblitérés, de microbes pathogènes toujours présents dans les voies respiratoires. M. N. W.

Laryngite tertiaire grave traitée par les injections de calomel, par H. Mendel (Soc, de dermat. et de syph., séance du 9 juillet 1896).

Cas intéressant d'un syphilitique, qui, à la deuxième année de son infection, fut atteint d'une laryngite tertiaire grave, dont l'évolution dura deux mois. Il y eut d'abord un œdème aryténo-épiglottique aigu qui guérit en peu de temps au moyen de scarifications locales ; puis apparut une périchondrite des deux lames du thyroïde, qui se termina par résolution. Le traitement consista en injections de calomel de 0gr,05 ; il en fut fait sept en l'espace de deux mois. L'iodure de potassium qui avait été administré pendant les deux premiers jours à la dose de 6 grammes, faillit amener l'asphyxie ; c'est un médicament dangereux et qu'il ne faut manier qu'avec la plus grande prudence au cours de la laryngite tertiaire. M. LERMOYEZ.

La glycérine lacto-phéniquée dans la tuberculose laryngée par Ricardo Botey (*Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia*. 6e année, nos 59 et 60, p. 305, novembre-décembre 1895).

Depuis les travaux de Krause, Heryng, l'acide lactique est le topique le plus généralement employé dans le traitement de la tuberculose laryngée ; il a l'inconvénient d'être très irritant et de produire des spasmes violents de la glotte quand la cavité laryngée n'a pas été préalablement cocaïnisée.

Gottstein, au contraire, considérant l'acide lactique comme un topique irritant et inefficace, employait en pareil cas l'acide phénique dissous dans la glycérine. Or, la glycérine phéniquée, ainsi

que le démontre son emploi journalier dans le traitement de l'otite aiguë, est un calmant de premier ordre, et anesthésie le larynx tuberculeux d'une façon bien plus durable que ne le fait la cocaïne.

Botey a imaginé d'associer ces deux agents : et il obtient ainsi un liquide clair, non irritant, qui combine à la fois l'action calmante du phénol et l'effet curatif du l'acide lactique.

Il emploie trois solutions de concentration croissante :

Solution I. —	Glycérine neutre.	20 gr.
—	Acide phénique	1 gr.
—	Acide lactique.	2 gr.
Solution II. —	Glycérine neutre.	20 gr.
—	Acide phénique	2 gr.
—	Acide lactique.	4 gr.
Solution III. —	Glycérine neutre.	20 gr.
—	Acide phénique	5 gr.
—	Acide lactique.	15 gr.

En commençant à habituer le larynx par la solution faible on arrive peu à peu à employer la solution III : chez quelques malades susceptibles, surtout dans la jeunesse, il peut être utile de cocaïniser préalablement le larynx. Dans chaque séance, il est bon de répéter trois ou quatre fois l'attouchement du larynx, avec frictions plus ou moins énergiques suivant la tolérance du sujet.

La glycérine lacto-phéniquée serait le topique par excellence de la tuberculose laryngée, même en la comparant à l'acide lactique, au phénol sulforiciné, et aux insufflations de poudre d'iodoforme, les seuls médicaments sérieux de tout l'arsenal thérapeutique dirigé contre la laryngite tuberculeuse,

Quand il s'agit d'infiltrations simples, les attouchements à la glycérine lacto-phéniquée amènent à la longue une résorption des tissus malades qui se réduisent et pâlissent. Dans les ulcérations, elle donne encore plus de bénéfices à condition d'enlever à la curette les végétations, au cas où il en existe.

D'ailleurs, ne savons-nous pas que l'association des antiseptiques exalte beaucoup leur pouvoir bactéricide et, partant, curatif ?

M. LERMOYEZ.

Polype muqueux de la corde vocale gauche, pris pour un angiome, par Ramon de la Sota y Lastra (*Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia*, 6e année, nos 59 et 60, p. 302. Novembre-décembre 1895).

Femme de 29 ans, de bonne santé, présente sur la corde vocale

gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers antérieur, une tumeur arrondie, lisse, rouge vineuse, du volume d'un gros pois. Cette tumeur semble être un angiome, d'autant plus que le moindre contact d'un porte-coton laryngien amène une abondante hémoptysie de sang pur. L'ablation de cette tumeur est suivie dans la journée d'une hémorrhagie assez sérieuse. Cependant l'examen histologique montra qu'il s'agissait là non point d'un angiome, mais d'un simple polype muqueux.

Cette observation prouve la difficulté du diagnostic clinique de la nature des polypes du larynx. M. LERMOYEZ.

Des tumeurs de la trachée, par H. KOSCHIER (*Wiener klin. Woch*, 1896, n° 24, p. 511).

L'auteur fait une étude bibliographique détaillée des tumeurs de la trachée et apporte le cas inédit suivant, intéressant en ce qu'il s'agit d'une tumeur *primitive* de la trachée :

Le malade, homme de 44 ans, est examiné pour la première fois à la clinique du Prof. Störk quelques mois après l'apparition d'une certaine gène respiratoire jointe à quelques douleurs rétro-sternales ; on constate l'état absolument normal du larynx et l'existence de deux petites tumeurs trachéales, dont l'une est située à gauche vers le deuxième anneau de la trachée, l'autre à droite un peu plus bas, toutes deux mamelonnées, roses, mobiles dans la respiration forte.

Le malade refuse l'opération à cette époque, les troubles respiratoires vont graduellement croissant et il revient à la clinique deux ans après le début des premiers symptômes, la suffocation étant menaçante. Le larynx est toujours d'aspect normal sauf une certaine paresse de la corde vocale gauche, les tumeurs ont beaucoup augmenté de volume et obstruent presque complètement la lumière de la trachée. L'opération, acceptée aussitôt, est faite en deux temps, la trachéotomie inférieure d'abord, l'extirpation quelques jours plus tard. La trachéotomie avait procuré un soulagement notable, probablement en écartant les parois trachéales, de sorte que le malade pouvait respirer en fermant la canule ; un fragment de tumeur excisé confirma le diagnostic déjà évident de tumeur maligne. L'opération fut des plus simple ; la canule de Trendelenbourg mise en place, la trachée fut fendue sur la ligne médiane depuis le cinquième anneau jusqu'au bord du cartilage cricoïde ; les tumeurs, siégeant l'une sur le deuxième, l'autre sur le troisième anneau furent facilement enlevées, leurs pédicules assez larges répondant à du cartilage sain sauf un point qui fut excisé;

le fond de la plaie fut cautérisé, la trachée bourrée à l'aide d'une mèche iodoformée, la canule de Trendelenbourg dégonflée et la plaie laissée sans sutures. La guérison se fit sans incidents, sans ascension thermique (max. 37°,7) sans bronchite ; notons que l'on faisait prendre au malade une position déclive afin d'éviter l'écoulement des sécrétions dans les bronches. Au bout de 21 jours la cicatrisation de l'incision opératoire était parfaite, l'état du malade normal, la phonation bonne, la parésie légère de la corde vocale gauche ayant notablement diminué après s'être fortement accentuée pendant les premiers jours qui suivirent l'opération ; localement la trachée ne présente que de la rougeur. Aucune récidive n'est survenue depuis l'opération qui a eu lieu en août 1895. L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un épithéliome à petites cellules « un carcinome cylindromateux ». L'auteur en donne une description minutieuse avec trois dessins histologiques. M. N. W.

Une nouvelle forme de valve trachéale, par P. de Santi (*Lancet,* 25 juillet 1896).

Cet instrument est destiné aux malades devant porter une canule pendant plusieurs mois, ou même d'une manière permanente. L'inconvénient de la forme ordinaire consiste en ce que lorsque le malade veut parler, il doit oblitérer avec son doigt l'orifice du tube, et qu'en toussant les expectorations sont projetées dans la canule d'une façon malpropre et désagréable. La « pea valve » (valve à bille) n'est pas non plus exempte d'inconvénients. Les mouvements de la bille sont bruyants, le clapet est rapidement entravé et se dérange fréquemment. Ces inconvénients n'ont pu être surmontés par l'emploi d'une valve modifiée en caoutchouc. Dans l'instrument de l'auteur, une valve d'argent, tournant sur un pivot, permet la libre entrée de l'air lors de l'inspiration ; durant l'expiration, la vocalisation, ou la toux, la valve est projetée en avant et il ne dépasse plus qu'un petit bord d'argent qui prévient l'issue de l'air, du mucus, etc. Ses avantages sont : 1° sa simplicité ; 2° la facilité avec laquelle il est nettoyé et stérilisé ; 3° le mouvement de la valve n'est accompagné d'aucun bruit gênant ; 4° la valve ne laisse pas échapper l'air et ne peut être rejetée ; 5° la quantité d'air est légèrement amoindrie mais bien moins qu'avec les valves de Luer ou de Smith. Deux figures explicatives accompagnent cette description.

SAINT-CLAIR THOMSON.

A propos de trois cas d'ictus laryngé, par Moncorgé (*Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, **juillet-août 1896**).

1er cas. — Ictus sidérant d'emblée, en même temps qu'apparaissent une petite secousse de toux et un léger chatouillement; rappelle les accidents d'ordre inhibitoire.

2e cas. — Ictus préparé par des quintes de toux longues, excessives ; relève plutôt des troubles circulatoires mécaniques dus à l'excès de pression intra-thoracique.

3e cas. — Ictus chez une malade en état de mal asthmatique depuis quinze jours, sub-asphyxiant depuis trois jours, anoxhémique chronique ; on peut donc incriminer à la fois le cerveau, le bulbe et le cœur.

Au sujet de ces trois observations si différentes, M. cherche une classification des ictus laryngés. Le mécanisme intime des accidents nous échappe trop pour que nous puissions la baser sur la seule pathogénie. La symptomatologie ne peut pas davantage nous servir de point de comparaison, les cas sont trop dissemblables entre eux. L'étiologie se prête mieux à un essai de classification, et voici celle que propose l'auteur :

1° Ictus laryngé essentiel (type Charcot).

2° Pseudo-ictus laryngés....	Dans les maladies nerveuses...........	Névropathie...... Hystérie......... Tabes............ Epilepsie.........	Avec laryngo-spasmes.
	Dans les maladies des voies respiratoires .	Affections du nez.	Rhinites, polypes, etc.
		Affections du larynx	Inflammatoires, organiques, etc.
		De l'appareil broncho-pulmonaire.	Emphysème, bronchites, asthme, coqueluche.
	Dans les maladies des voies digestives....	Affections bucco-pharyngées.	
	Dans les maladies dyscrasiques.........	Sucre, albumine.	

L. EGGER.

V. — CORPS THYROIDE, ŒSOPHAGE, etc.

Métachromatisme dans les bacilles de la diphthérie, par A. A. KANTHACK (*Lancet*, 22 août 1896).

L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse d'un simple caractère morphologique ou biologique, d'une simple réaction chimique d'une valeur spécifique absolue, qui indique certainement qu'un bacille ressemblant au bacille de Klebs-Lœffler soit ou non le vrai bacille, car nous ne sommes pas fixés sur l'aspect clinique de ces cas. Aussi K. met-il en garde contre une erreur dépendant de substances chimiques. De toutes façons le métachromatisme ne caractérise pas le véritable bacille diphthérique, il aide seulement au diagnostic. SAINT-CLAIR THOMSON.

Influence de la glycérine dans les cultures de bacilles diphthériques, par A. M. GOSSAGE (*Lancet*, 15 août 1896).

G. recommande l'addition d'environ 9 °/₀ de glycérine à la culture usuelle pour le bacille diphthérique, et préfère le sérum glycériné à l'agar glycériné car la production est ordinairement plus importante et l'apparence des bacilles plus caractéristique. SAINT-CLAIR THOMSON.

Guérison rapide d'un goître simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde après l'échec de la médication iodurée, par SABRAZÈS ET CABANNES (de Bordeaux) (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 5 avril 1896).

Observation intéressante où le traitement thyroïdien a été appliqué avec succès à la cure du goître simple. Le malade soumis d'abord à une médication iodée pendant deux mois et sans succès fut mis à un traitement thyroïdien : soixante centigrammes d'extrait glycérique de glande de mouton. Au bout de deux mois, la circonférence du cou avait diminué de cinq centimètres. Les auteurs insistent sur cette préparation de corps thyroïde, qui est d'un dosage facile, ne nécessite pas de manipulations compliquées comme les pastilles et les tablettes et permet de rejeter les thyroïdes présentant de petits abcès. G. LAURENS.

Des divers degrés de force du sérum antidiphthérique. Rapport d'une commission spéciale (*Lancet*, 18 juillet 1896).

Les résultats obtenus par l'antitoxine en Angleterre ont été moins brillants que sur le Continent. Dans le but d'expliquer la diversité des résultats la *Lancet* a ouvert une enquête dont nous donnons les résultats. Le tableau ci-joint indique les quantités de sérum sur le marché en juillet 1896 que l'on doit injecter pour introduire une dose de 3 000 unités, recommandée par Behring pour les cas graves. On remarquera qu'il faut souvent recourir à des doses bien plus élevées, 20 000 unités, pour arriver à un bon résultat, sans avoir d'accident, et que l'on en retire souvent une influence bienfaisante.

Source du sérum	Nombre d'unités en bouteilles.	Quantité requise par dose de 3 000 unités.
Institut britannique de médecine préventive.	700	42 c. »
Burroughs, Wellcome and C°	100	300 c. »
Institut bactériologique de Leicester	400	150 c. »
Behring, Hoechst, Allemagne	600	12 c. »
Schering, Berlin	875	17 c. »
E. Merck, Darmstadt.	150	100 c. »
Institut Pasteur, France	300	100 c. »
Institut sérothérapique, Bruxelles	2000	15 c. »
William Vogt, Genève	350	85 c. »

Conclusions : 1° Une estimation générale des degrés de sérum antitoxique serait agréée par les fabriques anglaises. 2° On ne devrait livrer aucun sérum contenant moins de 60 °/₀ d'unités normales. 3° Un sérum plus fort devrait être livré pour les diphthéries graves. 4° Tout flacon de sérum devrait porter la force de l'antitoxine, la quantité renfermée et la date de la fabrication. SAINT-CLAIR THOMSON.

Rétrécissement malin de l'œsophage, gastrostomie de Kocher ; remarques, par PEARCE GOULD (*Lancet*, 19 septembre 1896).

Autrefois la mortalité par gastrostomie était très élevée. Actuellement, dans les cas opérés par un chirurgien adroit à l'aide de précautions antiseptiques, la mortalité ne dépasse pas 10 °/₀. La méthode de Kocher est la meilleure. L'opération est extrêmement simple et facile à exécuter, et si elle s'effectue sans

complication on peut suturer très vite. La cavité du péritoine est si complètement fermée par l'estomac attiré à travers le muscle droit et ramené au-dessus du cartilage costal qu'on est presque sûr de l'ouvrir et de nourrir le malade.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Recherches sur l'innervation et la circulation de la glande thyroïde, par Magnon (de Marseille). (Congrès des sociétés savantes, avril 1896).

L'auteur conclut de longues expériences poursuivies depuis plus de cinq ans :

1° Que les délabrements profonds, des tiraillements et des élongations du vago-sympathique déterminent, chez le chien, la mort, comme après la thyroïdectomie; 2° que la torsion ou la ligature des artères carotides peut amener la mort en produisant des symptômes et des lésions anatomo-pathologiques semblables à celles de la thyroïdectomie ; 3° que la section des deux nerfs récurrents peut produire les mêmes lésions et les mêmes symptômes ; 4° que la ligature soit de l'extrémité supérieure, soit du milieu, soit de l'extrémité inférieure, l'ectopie, peuvent amener les mêmes désordres, de même que certaines injections poussées dans la glande ou autour des vago-sympathiques ; 5° que l'extirpation d'un lobe du thyroïde n'amène pas l'hypertrophie du lobe de l'autre côté ; 6° que l'extirpation ou la ligature des deux extrémités d'un seul lobe du corps thyroïde peut être mortelle chez le chien ; 7° que le gonflement rapide de la région sous-hyoïdienne (myxœdème), les lésions de nutrition de l'œil, les contractions fibrillaires qui naissent quelquefois instantanément dès qu'on lèse le corps thyroïde, la carotide ou le vago-sympathique et ses branches, indiquent qu'il s'agit d'accidents occasionnés par l'intermédiaire du système nerveux et non de phénomènes d'intoxication ; 8° qu'il est probable que les relations étroites qui unissent la circulation du corps thyroïde à celle du vago sympathique donneront l'explication de la plupart des accidents consécutifs aux lésions du corps thyroïde.

G. LAURENS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ITALIE

Oreille

V. Cozzolino. Les lésions de l'appareil auditif dans le tabès cérébro-spinal vulgaire et syphilitique (*Riv. clin. e terap.* n° 1, 1894).

V. Cozzolino. Traitement antiseptique et chirurgical des suppurations du recessus épitympanique ou attique de la caisse tympanique et de leurs suites (*Boll. delle mal. dell' oreochio, gola e naso*, février, mars, mai 1894).

A. d'Aguanno. Larves dans l'oreille (*Gazz. degli osp.* 17 février 1894).

G. Masini et Fano. Lésions de l'organe de l'ouïe et rapports fonctionnels de l'organe de l'ouïe avec le centre respiratoire (*R. accad- med. chir. de Genova*, 12 janvier; *in gazz. degli osp.* 17 février 1894).

G. Ferreri. Guide pratique de diagnostic et de traitement des ma. ladies d'oreille surtout chez l'enfant (in-8° de 520 pages, avec 59 figures intercalées dans le texte, F. Vallardi, éditeur, Milan 1894).

U. Passigli. Un cas rare de labyrinthite syphilitique ((*Boll. delle mal. dell oreochio gola e naso*, mars et avril 1894).

G. Ferreri. I. Sur la présence de bouchons de cérumen dans les cas d'altérations chroniques de l'oreille moyenne. — II. Sur l'épithélioma du pavillon (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, fasc. 2, avril 1894).

C. Corradi. Importance diagnostique de la perception des sons par la voie crânienne et aérienne dans les maladies d'oreilles (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, fasc. 2 et 5, avril et juillet 1894).

T. Bobone. L'iodure d'argent au début des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, fasc. 2, avril 1894).

G. Gradenigo. Sur les manifestations auriculaires de l'hystérie (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, avril, juillet et octobre 1894, janvier, avril et juillet 1895).

Peroni et Gradenigo. Gangrène spontanée symétrique des deux pavillons, de la pointe du nez et des doigts de pieds (*Arch. ital. di otol. rhin. e lar.*, fasc. 2, avril 1894).

S. Moos. Thrombose du sinus latéral consécutive à une otite suppurée (Sect. otol. du 11° Congrès int. de méd. Rome, 30 mars 1894).

E. J. Moure. Abcès cérébral latent consécutif à une otite moyenne suppurée (Sect. otol. du 11° Congrès int. de méd. Rome, 30 mars; *Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

Reinhard. Pathogénie des cholestéatomes (Sect. otol. du 11° Congrès int. de méd. Rome, 30 mars 1894).

G. Gradenigo. I. Affections syphilitiques auriculaires. — II. Pathogénie du vertige de Ménière (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 30 mars 1894).

Colladon. Abcès de fixation en otologie (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 30 mars 1894).

Avoledo. Un cas de vertige de Ménière (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 30 mars 1894).

Kirchner. Nécrose de l'apophyse mastoïde et du limaçon (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 31 mars 1894).

Gellé. Du massif osseux du facial et de ses lésions (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 31 mars 1894).

Moos. Présentation de préparations (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 31 mars 1894).

Cozzolino. I. Otoneurasthésie essentielle et associée ou secondaire à des otopathies ou des rhino-pharyngopathies. — II. Nouvelle paracousie avec interruption auditive (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 2 et 4 avril 1894).

Ludewig. Extraction des osselets cariés dans les otites moyennes suppurées (Sect. d'otol. du 11e Congrès int. de méd., 2 avril 1894).

S. Szenes. I. Europhène, alumnol, diaphtérine et antiseptiques dans les maladies de l'oreille. — II Deux cas de surdité presque absolue guéris (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 31 mars et 2 avril 1894).

G. Ferreri. Influence du traitement caustique dans l'élimination des osselets cariés (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 2 avril; *Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

C. J. Blake. I. Emploi des curettes dans les opérations mastoïdiennes. — II. Extraction de l'étrier dans les otites moyennes chroniques non suppurées (Sect otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 3 août 1894).

C. Secchi. Nouvelle contribution à la physiologie de l'oreille moyenne (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome. 3 avril (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

P. Garnault. Trois cas de stapédectomie (Sect otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 3 avril 1894).

Madeuf. Auscultation des bruits de l'oreille (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 3 avril 1894).

Isaïa. Traitement des otites moyennes chez les scrofuleux (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 3 avril 1894).

Levy. Nouvel acoumètre (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 4 avril 1894).

Flatau. Nécessité de fonder des asiles infantiles pour les enfants sourds-muets (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 4 avril 1894).

Bosio. Traitement de la surdité sclérotique par de grandes ouvertures tympaniques. — II. Petit couteau à double tranchant pour la ténotomie du tenseur du tympan (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 4 avril 1894).

C. Poli. Traitement de la syphilis de l'oreille interne (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 4 avril 1894).

A. Politzer. Sur l'affection primitive de la capsule labyrinthique comme cause de surdité progressive (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 31 mars *Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

V. Grazzi. Audition du personnel des chemins de fer (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 31 mars 1894).

C. Corradi. Influence des asymétries dans la forme du crâne, des différences de tissus, etc., sur le résultat de l'épreuve de Weber (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 31 mars (*Boll. delle mal. dell' orecchio*, etc., août 1894).

E. de Rossi. Quelques expériences de myringographie et nouvelle méthode de massage de l'oreille moyenne (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 2 août; *Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, juillet 1894).

Dundas-Grant. Présentation d'instruments (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 2 avril 1894).

Garzia. Influence des maladies d'oreilles (Sect. otol. du 11e Congrès int. de méd. Rome, 2 avril 1894).

A. d'Aguanno. Distribution géographique et gravité des maladies d'oreilles en Italie (*Boll delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mai et juin 1894).

F. Mangioni. Notices historiques sur l'institut des sourds-muets de Florence, et bibliographies de ses bienfaiteurs (Typog. A. Ciardi, Florence, 1894).

G. Masini. Sur un cas de surdité verbale (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, juin 1894).

G. Sepilli. Un cas de surdi-mutité. — Un cas de lésion du lobe temporal gauche sans surdité verbale chez un manchot. Contribution aux affections des lobes temporaux (*Riv. sperim. di frenatria e med. legale*, vol. XVIII, fasc. 3, 4).

G. Masini. Rapports entre les lésions de l'organe de l'ouïe et la thermogénèse (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

G. Gradenigo. Rapport entre les distances auditives pour la montre et pour la voix aphone comme critérium diagnostique dans les maladies de l'oreille (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, avril-mai 1894).

O. Pes et **G. Gradenigo.** Contribution à l'étude des otites moyennes aiguës produites par le bacille pyocyanique (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, avril-mai 1894).

P. Ferrari et **G. Scalfi.** Contribution au traitement des otorrhées et des eczémas du conduit auditif externe par le dermatol (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

V. Cozzolino. Fibrôme papillaire kystique télangiectasique de la caisse du tympan et des néoproductions fibreuses et papillomateuses de l'oreille externe et moyenne (*Arch. ital. di otol. lar. et rin.*, juillet 1894).

G. Ferreri. Etudes expérimentales sur la mycose aspergillaire de l'oreille (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

A. Luzzati. Contributions à l'étude du sens statique chez les sujets sains et chez ceux affectés de maladies de l'oreille (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

G. Gradenigo. Papillôme produit par une leucoplasie auriculaire (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, juillet 1894).

G. Filippi. Trois cas de mastoïdite suppurée (Morgagni, juillet 1894).

U. Rossi. Contribution à l'anthropologie de la surdi-mutité (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, août 1894).

G. Gradenigo et **O. Pes.** Sur le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë. Etude clinique et bactériologique (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, juin, juillet, août 1894).

V. Cozzolino. Les fractures du rocher pêtreux au point de vue otologique, avec considérations médico-légales pour l'audition (*Riv. ital. di térap. e igiene*, juillet, août 1894).

C. Poli. L'influence de la fatigue sur la fonction auditive (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1894).

G. Gradenigo. I. La sclérose auriculaire, comme affection parasyphilitique dans la syphilis héréditaire tardive. — Hémorrhagie du limaçon (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1894).

A. d'Aguanno. Pseudo otolithe de l'oreille droite (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* octobre 1894).

G. Ferreri. L'opération de Stacke dans les abcès sous-duraux (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1894).

G. Gradenigo. Surdité partielle (*Gazz. degli osp.*, 20 octobre 1894).

A. Toti. Contre les congrès internationaux d'otologie (*Riv. di patol. e térap. delle mal. della gola, naso ed orecchio*, décembre 1894).

G. Strazza. Sur un cas de nécrose du limaçon (*R. Accad. med. chir. di Genova*, 3 décembre; in *gazz. degli osp.*, 22 décembre 1894).

G. Gradenigo. Sur un cas d'otalgie et de surdité hystérique (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, novembre, décembre 1894).

A. d'Aguanno. A propos d'une note sur les corps étrangers du conduit auditif (*Boll. delle mal. dell' orecchio. gola e naso*, janvier 1895).

N. Palazzolo. Sur un cas de myringite aiguë consécutive à l'influenza (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, janvier 1895).

E. de Rossi. Médecine opératoire de l'oreille moyenne et nouveaux instruments ((*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1895).

A. Hartmann. L'otite moyenne purulente des nourrissons (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1895).

C. Delstanche. Nouveaux instruments pour l'oreille et pour le nez (*Arch. ital. di otol. rin. et lar.*, janvier 1895).

G. Ferreri. Sur le serrement des mâchoires consécutif aux lésions de l'oreille (*Arch. ital. di otol. rin. et lar.*, janvier 1895).

V. Galetti. A propos des quelques cas d'otite moyenne purulente provoqués par le tamponnement nasal postérieur et des moyens de tamponnement (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier et avril 1895).

C. Corradi. Méningite purulente et hydrocéphalie aiguë à la suite d'une otite moyenne suppurée. Abcès cérébral soupçonné. Trépanation. Mort (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*. janvier 1895).

G. Chiucini. Quatre cas d'ouverture involontaire du sinus latéral dans des opérations mastoïdiennes (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1895).

V. Cozzolino. Les otopathies syphilitiques acquises et héréditaires (*Gazz. degli osp.*, 6 avril 1895).

V. Cozzolino. Les progrès du diagnostic et du pronostic des otopathies relevés par les diapasons en séries, etc. (Riforma méd. février 1895).

C. Corradi. Les malades soignés dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital civil de Vérone pendant l'année 1894. Compte-rendu clinique et statistique (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, avril 1895).

P. Avoledo. Pince curette pour les granulations de la caisse du tympan (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, avril 1895).

A. d'Aguanno. Essai sur la distribution géographique de la surdi-mutité en Italie (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, mai 1895).

V. Cozzolino. Le vertige chez les sourds-muets et la méthode phonétique auriculaire chez ceux qui n'entendent pas par suite de surdité acquise (*Rassegnadi pedagogia e igiene*, janvier, février 1895).

G. Ferreri. Le sourd-muet et son éducation (Typog. S. Bernardino, Sienne 1895).

C. Poli. Les voies corticales du langage chez une demi-sourde (*Gazz. degli osp.*, 25 mai 1895).

E. Morpurgo. Nouvel insufflateur pour pratiquer les douches d'air et en particulier la politzération (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, juin 1895).

T. Bobone. Sténose cicatricielle du conduit auditif externe. Carie de la caisse. Granulations Guérison par les caustiques (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, juin 1895).

O. Ascenso. Abcès otitique extradural (1° Congr. méd. reg ligure; in *Gazz. degli osp.*, 25 juin 1895).

C. Poli. Etiologie et prophylaxie des maladies d'oreilles (*R. Accad. di méd. di genova;* in *Gazz. degli osp.*, 13 juillet 1895).

G. Gradenigo. Traitement opératoire des otites moyennes purulentes chroniques (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, juillet 1896).

G. Ferreri et **G. Garbini**. Hypertrophie des amygdales palatines en relation avec les maladies de l'oreille (*Arch. ital. di otol. rin e lar.*, juillet 1895).

Y. Arslan. Séquestre osseux du conduit auditif externe gauche (*Arch. ital. di otol. rin e lar.*, juillet 1895).

G. Geronzi. Hémiplégie faciale d'origine otitique (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, juillet 1895).

G. Gradenigo. Compte-rendu statistique de la section otiatrique de la policlinique générale de Turin du 1er juin 1889 au 31 mai 1895 (*Arch. ital. di otol. rin. et lar.*, juillet 1895).

G. Gradenigo. Abcès cérébral otitique. Trépanation du crâne et évacuation de l'abcès. Guérison (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, juillet 1895).

V. Cozzolino. Maladie de Ménière (*Gazz. med. di Roma*, nos 8 et 12, 1895).

A. Toti. Vaste abcès pachyméningitique de la fosse cérébrale moyenne d'origine otitique Trépanation du crâne. Guérison (*Riv. di patol. e terap.* n° 7, 1895).

A. Hartmann. Les maladies de l'oreille et leur traitement. Traduction italienne de A. Guarneri (in-8° de 200 pages, 34 figures dans le texte, F. Vallardi éditeur, Milan 1895).

G. Lalatta. Sur la diffusion des suppurations de la caisse et leur déevloppement tardif dans l'apophyse mastoïde (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1895).

G. Gradenigo. Sur la thrombose otitique du sinus transverse (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1895).

T. Bobone et **V. Grazzi**. Compte-rendu sommaire du 5e Congrès int. d'otologie (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, octobre 1895).

Gellé. Le traitement général dans les maladies d'oreille (5e Congrès int. d'otol., Florence, 23 septembre 1895).

M. Okuneff. Sur l'auscultation de l'apophyse mastoïde dans les cas de sclérose (5e Congrès int. d'otol., Florence, 23 septembre 1895).

P. Avoledo. Quels sont les résultats fournis jusqu'ici par la chirurgie intra-tympanique dans le traitement des otites suppurées (5e Congrès int. d'otol., Florence, 23 septembre 1895).

E. Coosemans. Sur un cas de corne cutanée de l'oreille (5e Congrès int. d'otol., Florence, 23 septembre 1895).

G. Gradenigo. I. Traitement général des otites internes. — II. Contribution à la chirurgie endo-crânienne des complications otitiques. — III. Examen fonctionnel de l'ouïe (5e Congrès int. d'otol., Florence, 24, 25 et 26 septembre 1895).

Brieger. L'ostéite primitive de l'apophyse mastoïde (5e Congrès int. d'otol., Florence, 24 septembre 1895).

C Corradi. Les perforations traumatiques du tympan de cause indirecte, spécialement au point de vue médico-légal (5e Congrès int. d'otol., Florence, 24 septembre 1895).

G. Ferreri. Sur les altérations séniles de l'oreille moyenne (5e Congrès int. d'otol., Florence, 24 septembre 1895; *Arch. ital. di lar. otol. e rin.*, janvier 1896).

Bar. Otite moyenne purulente et mastoïdite consécutive à l'ablation de végétations adénoïdes durant une épidémie d'influenza (5e Congrès int. d'otol., Florence, 24 septembre 1895).

Delstanche. Vaseline liquide dans le traitement des affections de l'oreille moyenne (5e Congrès in. d'otol., Florence, 24 septembre 1895).

2 **Kirchner**. Sarcôme mastoïdien (5e Congrès int. d'otol, Florence, 5 septembre 1895).

T. Barr. Traitement des complications intra-crâniennes des otites moyennes purulentes (5e Congrès int. d'otol, Florence, 25 septembre 1895).

T. Heiman. I. Cas d'abcès cérébelleux otitique — II. Statistique des affections auriculaires (5e Congrès int. d'otol., Florence, 25 et 26 septembre 1895).

A. Politzer. Etat actuel de l'anatomie pathologique du labyrinthe (5e Congrès int. d'otol, Florence, 25 septembre 1895).

E. J. Moure Angiôme caverneux de l'oreille (5e Congrès int. d'otol., Florence, 25 septembre 1895).

A. W. de Roaldès. Note préliminaire sur les particularités de la race nègre au point de vue otologique (5e Congrès int. d'otol., Florence, 25 septembre 1895).

L. Sûne y Molist. Sur quelques particularités des blessures par arme à feu de la région mastoïdienne (5e Congrès intern d'otol., Florence, 25 septembre 1895).

G. Masini et **O. Polimansi**. Influence des lésions de l'organe de l'ouïe sur l'échange respiratoire (5e Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895; *Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, février 1896).

S. Szenes. Sur les lésions traumatiques de l'organe auditif (5e Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

Bargellini. Traitement général des maladies d'oreilles (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

V. Grazzi. Cas de surdité complète causée par une méningite aiguë avec le diplocoque de Fraenkel. Présentation de la malade (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

A. d'Aguanno. Sur l'étiologie de la paracousie de Willis (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

P. Verdos. Les lésions de l'oreille provoquées par des détonations de dynamite (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

Lubet-Barbon. Les localisations inflammatoires du temporal dans leurs rapports avec le développement anatomique de cet os (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence. 26 septembre 1895).

C. Secchi. Sur la physiologie de l'oreille moyenne (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

A. Bronner. Le massage local dans le traitement de l'eczéma chronique de l'oreille externe (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

V. Garzia. I. Importance de la syphilis dans certaines maladies de l'oreille. — II. Exostose pédonculée du conduit auditif externe (5ᵉ Congrès intern. d'otol., Florence, 26 septembre 1895).

A. d'Aguanno. Sur la goutte héréditaire auriculaire tardive (2ᵉ Congrès de la soc. ital. de lar. otol. et rhin., Florence, 24 septembre 1895).

E. Giampietro. La pratique du Dʳ Urbantschitsch et le système ortophonique Giampietro dans le traitement des sourds-muets (*Riv. di patol. e terap. delle mal. della gola, naso e d'orecchio*, septembre 1895).

G. Masini. Sur le myoclonus auriculaire (6ᵉ Congrès de méd. interne, Rome, octobre 1895).

V. Morra. Otite purulente septique aiguë de l'oreille moyenne droite. Nécrose du temporal. Méningite de la base. Abcès cérébral possible. Septicémie Tumeur splénique aiguë. Mort (*Morgagni*, octobre, 1895).

C. Poli. Lésions érysipélateuses de l'oreille (*Accad. de méd. de Genova*, 1ᵉʳ décembre ; in *Gaz. degli. osp.*, 14 décembre 1895).

G. Soffiantini. Les injections intra musculaires de calomel en oto-rhino-laryngologie (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, décembre 1895).

S. Ottolenghi. Le sourd-muet devant la biologie et devant la loi (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, janvier 1896).

Y. Arslan. Hématome aigu du conduit auditif externe gauche (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, janvier 1896).

G. Gradenigo. Contribution à la casuistique des complications endo-crâniennes des otites (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, janvier 1896).

G. Chiucini. Méthode de section anatomique du temporal (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, janvier 1896).

A. Toti. Traitement du cholestéatome de l'oreille moyenne et des cavités annexes (Soc. méd. fis. fiorentina, 13 janvier, *Gazz. degli osp.*, 1ᵉʳ février 1896).

G. Faraci. Chirurgie de l'oreille moyenne et examen critique des conséquences de certaines opérations sur la faculté auditive (Vol. de 426 p. Tip. Pallotta, Rome 1895).

V. Cozzolino. Nouvelle méthode de mastoïdotomie radicale (antéro-latérale) et présentation d'opérés (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, mars 1896).

Larynx et Trachée

V. Nicolai. I. Carcinôme primitif du larynx. Observation. Laryngectomie. — II. Laryngoscope électrique (*Giorn. dello istituto Nicolai*, n° 3, 1894).

D. Ridola. Sangsue dans la trachée (*Arch. ital. di lar.*, avril 1894).

L. Guida. Hygroma sous-hyoïdien suppuré, avec asphyxie imminente (*Arch. ital. di lar.*, avril 1894).

A. Leonardi. Contribution à la laryngectomie pour cancer (*Arch. ital. di lar.*, avril 1894).

E. de Rossi. I. Deux cas de fibrômes télangiectasiques. Contribution à l'étude histologique des tumeurs endo-laryngées. — II. Nouvelle méthode d'introduction des tubes de Schroetter dans les cas de dilatation difficile du larynx (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, fasc. 2, avril 1894).

G. Ferreri. Quelques conséquences de la trachéotomie (*Arch. ital. di otol rin. e lar.*, fasc. 2, avril 1894).

S. Lumbau. Etude sur un cas de spasme glottique d'origine hystérique (Broch. de 35 pages, Sassari, 1894).

U. Coradeschi. Encore un cas de mutisme hystérique en rapport avec la période menstruelle, guérison (*Gazz. degli osp.*, 29 mars 1894).

F. Massei. I. Discours inaugural. — II. Acide lactique dans les diverses formes de laryngites chroniques (Sect. de lar. du Congrès int. de méd., Rome. 29 et 30 mars 1894).

A. Onodi. I. Innervation centrale du larynx. — II. Fantôme laryngien (Sect. de lar. du Congrès int. de méd., Rome, 20 mars 1894).

A. Damieno. Note histologique sur un cas de pachydermie laryngée (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, 30 mars 1894).

B. Fraenkel. Pachydermie du larynx (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, 30 mars 1894).

O. Chiari. I. Répartition et traitement de la pachydermie laryngée. — II. Structure et histologie des fibrômes des cordes vocales avec présentation des préparations microscopiques, de dessins et de photographies (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, 1894).

F. Massei. Microphonographe et nouveaux électrodes de Mount-Bleyer (Sect. de lar. et rhin. Congrès int. de méd , Rome, avril 1894).

Przedborski. Spasme hystérique expiratoire et dilatateur de la fente glottique (Sect. de lar. et rhin. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

R. Botey. I. Des paralysies syphilitiques du larynx. — II. La syphylis tardive du larynx (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

A. Trifiletti. I. Le phénol sulforiciné dans le traitement de la tuberculose laryngée. — II. Recherches expérimentales sur la physio-pa-

thologie des nerfs laryngés inférieurs (Sect. de lar. Congrès int. de méd. de Rome, avril 1894 ; *Arch. ital. di lar.*, juillet 1895).

De Tymowski. De la valeur de l'électrolyse en laryngologie (Sect. de lar. Congrès int. de méd. de Rome, avril 1894).

G. Masini. Innervation centrale du larynx (Sect. de lar. Congrès int. de méd.. Rome, avril 1894).

Treitel. Miroirs laryngiens stérilisables (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

A. Fasano. Contribution à l'érysipèle du larynx (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

Flatau et Gutzmann. De la ventriloquie (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

A. Bronner. Injections intra-trachéales dans le traitement des affections du larynx, de la trachée et des bronches (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

Roussel. Perforations systématiques de la membrane crico-thyroïdienne (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

T. Heryng. Les liquides colorants dans les affections pulmonaires (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

A. Gouguenheim et **T. Heryng**. Indication et moyen de traitement local dans la tuberculose laryngée (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

E. Schmiegelow. Intubation du larynx chez l'adulte (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

G. Masini. Néoplasmes laryngiens extraits par les voies naturelles (*R. accad. med. chir. de Genova*, 30 avril ; in *Gazz. degli osp.*, 19 mai 1894).

V. Grazzi. Sur l'utilité de la gymnastique vocale et pulmonaire pour les enfants frêles ou délicats de poitrine et sur les meilleurs moyens de l'exécuter (Broch. de 14 pages. Tipog. Dessi, Sassari, 1894).

J. Mount-Bleyer. Le phonographe. Son importance physique, physiologique et clinique (*Arch. ital. di lar.*, juillet 1894).

R. Mongardi. Notes de thérapeutique électrolytique des premières voies respiratoires (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, juillet 1894).

P. Masucci. Kératose subcordale circonscrite (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, août 1894).

I. Andreoli. Sarcôme primitif de la dure-mère propagé au cerveau. Hémiparésie laryngée. Fracture spontanée des os (*Gazz. degli osp.*, 18 août 1894).

Galatti. Un cas d'intubation avec jour de la canule dans le larynx durant 436 heures (*La Pediatria*, 20 août 1894).

M. Semeria. Trachéotomie ou intubation ? Note clinique (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, septembre 1894).

A. Trifiletti. Dispensaire de laryngologie de l'Université royale de Naples à l'hôpital clinique dirigé par F. Massei. Compte-rendu de l'année scolaire 1893-94 (*Arch. ital. di lar.*, octobre 1894).

A. Smilari. Sur le vertige laryngé ou ictus laryngé (*in arch. ital. di lar.*, octobre 1894).

V. Salerni. L'intubation du larynx dans le traitement des sténoses laryngiennes (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

F. Belfiore. Syphilis laryngée (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

G. Colucci. Papillômes du larynx (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

G. Palletta. Etude clinique et anatomique de 5 cas de tumeurs bénignes du larynx (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

S. Barese. Traitement de la laryngite pseudo-membraneuse ou croup (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

A. Scarpinato. Traitement local de la tuberculose laryngée (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

G. Mastrogiacomo. A propos d'un cas de papillôme du larynx (*These* de Naples, juillet 1894).

F. Roselli. Sur les paralysies laryngées d'origine périphérique (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

Santucci. Contribution à la casuistique des papillômes du larynx chez les enfants (*Riv. di patol. e terap. delle mal. della gola, naso ed orecchio,* décembre 1894).

Isnardi et Davico. Sur un cas de croup diphthéritique guéri par l'antitoxine de Behring (*Giorn. della r. accad. di med. di Torino,* novembre-décembre 1894).

F. Massei. Quelques cas de croup et de diphthérie traités par le sérum de Behring (*Atti della r. accad. med. chir. di Napoli,* n° 4, 1894).

E. Olievoli. Contribution à la crico-trachéotomie dans le croup laryngé (*Arch. ital. di lar.,* janvier 1895).

M. Anconi. Formes anatomo-cliniques de la laryngite tuberculeuse (*Thèse* de Naples, novembre-décembre 1894).

G. Matarazzo. Considérations cliniques sur l'aphonie paralytique (*Thèse* de Naples, novembre-décembre 1894).

G. Zagarella. L'intubation ; dans quelles maladies peut-elle remplacer la trachéotomie ? (*Thèse* de Naples, novembre-décembre 1894).

P. Masucci. Spasme glottique et tétanie chez les enfants (*Arch. ital. de Pédiatria,* fasc. 4, 1894).

C. Corradi. L'expectoration se produit-elle plus facilement avec la trachéotomie qu'avec l'intubation ? (*Suppl. du Policlinico,* n° 15, 1895).

O. Gamba. Compte-rendu statistique et clinique de la consultation externe de la clinique laryngo-rhinologique de l'Université royale de Rome de 1892 à 1894 (*Policlinico,* n° 6, 1895).

G. Ferreri. Tumeurs bénignes du larynx situées sous les cordes (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.,* avril 1895).

S. Ricciardi. Deux cas de croup laryngé (*Arch. ital. di lar.,* avril 1895).

F. Egidi. Simplification de l'intubation (*R. acad. di med. di Roma ;* in *Gazz degli osp.,* 15 juin 1895).

Durante. Un cas d'extirpation du larynx (*R. accad. di med. di Roma ;* in *Gazz. degli osp.,* 15 juin 1895).

E. Solari. Trachéotomie ou intubation dans les sténoses laryngiennes provoquées par de fausses membranes (1er Congr. med. reg. Ligure ; in *Gazz. degli osp.,* 25 juin 1895).

Staurenghi. Les terminaisons nerveuses de la muqueuse de l'épiglotte (*Soc. med. chir. di Pavia ;* in *Gazz. degli osp.,* 6 juillet 1895).

A. Cavazzani. Du pouls descendant de la trachée et de sa représentation graphique *Gazz. degli osp.* 13 juillet 1895.

A. Trifiletti. Aphonie et surdité hystérique *Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, juillet 1895.

L. Bianchi et F. Massei. Sur un cas d'aphonie hystéro-traumatique (*Arch. ital. di lar.*, octobre 1895.

G. Bonfiglio. Tuberculose laryngée primitive. Etude clinico-histologique (*Arch. ital. di lar.*, octobre 1895).

N. Palazzolo. Sangsue dans le larynx. Extraction par les voies naturelles *Boll. delle mal. dell' orecchio gola e naso*, septembre 1895.

G. Ferreri. La grossesse a t-elle de l'influence sur l'évolution des tumeurs laryngées (*Arch. ital. di otol. rhin. e lar.*, octobre 1895).

Brunetti. Laryngite phlegmoneuse provoquée par une brûlure (*Arch. ital. di otol. rhin. e lar.*, octobre 1895).

Geronzi. Un cas de papillôme du larynx (*Arch. ital. di otol. rhin. e lar.*, octobre 1895).

Bauer. Deux cas d'emphysème sous-cutané durant l'intubation (*Pediatria*, juillet 1895).

F. Egidi. Traitement des sténoses laryngées (2e Congrès de la soc. ital. de lar. otol. et rhin., Florence, 24 septembre 1895).

C. Corradi. Etiologie des sténoses du larynx et leur traitement (2e Congrès de la soc. ital. de lar. otol. et rhin., Florence, 24 septembre 1895).

V. Nicolai. Contribution au traitement des sténoses laryngées chroniques (2e Congrès de la soc. ital. de lar. otol. et rhin., Florence. 24 septembre 1895).

A. Fasano. Quelques rares cas de troubles laryngiens en rapport avec l'appareil sexuel (2e Congrès de la soc. ital. de lar. otol et rhin., Florence, 24 septembre 1895).

G. Masini. Diagnostic et traitement de quelques néoplasmes laryngés (*Gazz. degli osp.*, 19 octobre 1895).

A. Cavazzani. Signification et représentation graphique des secousses descendantes de la trachée (6e Congrès de méd. interne, Rome, octobre 1895).

G. Masini. Mutisme et paralysies laryngées hystériques (6e Congrès de méd interne, Rome, octobre 1895).

C. Abate. Œdème du larynx comme indication diagnostique des affections rénales (*Arch. intern. delle speo. med. chir.*, mars 1895).

C. Abate. Spasme tonique des dilatateurs de la glotte (Broch. de 14 pages, tipog. G. Pastore Catane, 1895.

G. Chiucini. Miroir laryngien se désinfectant (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, novembre 1895).

P. Masucci. Contribution au traitement chirurgical de la tuberculose laryngée (2e Congrès de la soc. ital. di lar. otol. rhin., Florence, 25 septembre 1895).

G. Ferreri. Pénétration des corps étrangers dans le larynx des vieillards (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, janvier 1896).

F. Massei. Diagnostic et traitement de la tuberculose laryngée *Suppl du policlinico*, nos 5-6 1896).

Sacchi. Un cas d'extirpation du larynx (*R. accad. méd. di Genova*, 3 février, *gazz. degli osp*, 8 février 1896).

F. Massei. Traitement des laryngo-sténoses (*Arch. ital di lar.*, janvier 1896).

NOUVELLES

SOUSCRIPTION POUR LE MONUMENT DE WILHELM MEYER

MM.	THOMAS (Marseille)	20 fr.
	NOQUET (Lille)	20 fr.
	SUAREZ DE MENDOZA (Angers)	20 fr.

Ces deux derniers souscripteurs, par suite d'une erreur typographique, avaient été portés sur la liste précédente pour une cotisation de dix francs. Le total de la souscription française à ce jour s'élève à 820 francs.

Le Dr G. FARACI, docent libre d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Rome, est autorisé à se transférer à Palerme.

Notre éminent confrère et ami, le Prof. SCHROETTER, de Vienne, vient de recevoir le titre de Conseiller de Cour (Hofrath).

Le Professeur BARTH, de Marbourg, a été nommé Professeur d'otologie à Leipzig.

Le Dr H. HESSLER, privat-docent d'otologie à la Faculté de Médecine de Halle, a reçu le titre de *Professeur*.

Le Dr E. BAUMGARTEN a été nommé privat-docent de Laryngologie à Budapest.

Le Dr E ZAUFAL, Professeur extraordinaire d'otologie à l'Université de Prague, vient de recevoir le titre de Professeur ordinaire.

Communications faites au Congrès français de Chirurgie, tenu à Paris en octobre 1896.

A. Broca (Paris). Communication sur un abcès cérébral consécutif à une otite moyenne. — Rivière (Lyon). Phlébite du sinus latéral et septico-pyémie consécutive aux vieilles suppurations de l'oreille. — A. Castex (Paris). Documents pour la chirurgie du nez. — Combe (Paris). Sinusités maxillaires compliquées de tic douloureux. Guérison par la trépanation et la résection de la paroi externe. — Adenot (Lyon). Libération longitudinale de la trachée avec ou sans thyroïdectomie partielle comme traitement de la suffocation dans le cancer du corps thyroïde. — Raugé (Challes). Dix cas de paralysie laryngée de cause chirurgicale. — Hamon du Fougeray (Le Mans). Etude sur les abcès du cou consécutifs aux suppurations aiguës de l'oreille moyenne.

Les séances de la Société Laryngologique de Londres auront lieu le 11 novembre et 9 décembre 1896 : les 13 janvier, 10 février, 10 mars, 14 avril, 12 mai et 9 juin 1897. *Secrétaires :* W. R. H. Stewart, 42 Devonshire Street, W. et Saint-Clair Thomson, 28 Queen anne Street, W.

Nous avons reçu les deux premiers numéros d'un nouveau journal spécial, le *Laryngoscope*, recueil mensuel paraissant à Saint-Louis, Mo sous la direction des Drs F. M. Rumbold et M. A. Goldstein.

Le comité d'organisation du Congrès oto-rhino-laryngologique espagnol s'est réuni le 8 octobre et a décidé de reculer la date de sa session jusqu'au 18 novembre.

La Werner Society, de New-York, s'est réunie le 13 octobre pour discuter ce que le laryngoscope et la photographie avaient fait pour l'art du chant.

Les Drs Gradenigo, Ferreri et Gereonzi ont pris l'initiative d'inviter les spécialistes italiens à leur envoyer un mémoire original à l'effet de publier un fascicule spécial de l'*Archivio italiano di otologia* pour fêter la 25e année d'enseignement oto-rhino-laryngologique du Prof. E. de Rossi à l'Université de Rome.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Sur deux cas de sarcômes de l'oreille moyenne, par KUHN (Extrait des actes de la Soc. d'otol. allemande. Nuremberg. 1896).

Pierre dans l'oreille droite, par KUHN (Tirage à part de la *Deuts med. Woch.*, n° 19, 1896).

Contribution à l'étude du développement et de la morphologie de l'organe de Corti (en russe), par K. J. KASPARIANZ (Thèse de Kiew, 1896).

La spécialisation des études laryngologiques, rhinologiques et otologiques et ses relations avec la médecine et la chirurgie générales, par R. BOTEY (Extrait des *Archivos latinos de rin. lar. y otol.*, mai, juin, juillet et août 1895).

De la voix eunuchoïde, par C. BIAGGI (Extrait des actes de l'Ass. med. Lombarda, mai-juin, 1896).

Sur la tonsillotomie et le nouveau tonsillotôme serre-nœud, par G. FICANO (Extrait des actes della R. accad. delle Scienze med., 1896).

Sur la valeur de l'éclairage pour le diagnostic des suppurations du sinus maxillaire, par J. A. WILKENS (Dissert. inaug. de Fribourg en B., 1896).

Manuel de laryngologie et rhinologie publié par P. HEYMANN (4e et 5e livraisons, A. Hœlder, éditeur, Vienne, 1896).

Les affections du cerveau et de ses annexes à la suite de suppurations nasales, par R. DREYFUSS (Broch. de 104 pages, G. Fischer, éditeur, Iéna, 1896).

Notes sur le diagnostic de l'abcès latent du sinus maxillaire, par E. CRESSWELL BABER (Extrait du *Brit. med. journ.*, 27 juin 1896).

Dent supplémentaire dans le nez, par G. CHIUCINI (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin, et lar.*, juillet 1896).

De la sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx. Etude clinique, par E. ESCAT (Extrait des bull. et mém. de la soc. française d'otol. lar et rhin., 1896).

De quelques anomalies de la région mastoïdienne, par E. J. MOURE (Extrait des bull. et mém. de la soc. franç. d'otol., lar. et rhin., 1896).

Sinusite maxillaire séro-purulente dans l'empoisonnement chronique par le plomb, par H. L. WAGNER (Extrait du *N. Y. med. journ.*, 15 août 1896).

Sur la présence de bacilles pseudo-diphthériques dans les otites purulentes sérothérapie, par G. GRIXONI (Extrait de la *Riforma med.*, n°s 151-152, juillet 1896).

Tubes longs et tubes courts pour l'intubation du larynx dons le croup pseudo-membraneux, par BONAIN (Extrait des bulletins et mémoires de la soc. franç. d'otol. lar. et rhin., 1896).

Note sur l'importance physiologique des variétés morphologiques du pavillon de l'oreille, par C. FÉRÉ (Extrait des comptes rendus des séances de la soc. de biologie, avril 1896).

De l'emploi de la douche nasale de Weber, ses dangers pour l'organe auditif et moyen de les éviter, par V. GRAZZI (Extrait de la *Riv. ital. di terapia e igiene*, 1896).

Le sarcôme de l'oreille, par P. ASCH (Dissert. inaug., Strasbourg, 1896).

De l'indication de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans l'otite moyenne aiguë, par A. COURTADE (*Indépendance méd.*, août 1896).

Sur la casuistique des blessures du larynx, par M. SCHEIER (Extrait des comptes rendus du Congrès méd. de Lübeck, 1895).

Emploi du procédé de Rœntgen dans les blessures de la tête par armes à feu, par M. SCHEIER (Tirage à part de la *Deuts med. Woch.*, n° 40, 1896).

Des névroses réflexes d'origine nasale, par U. MELZI, avec préface de Nicolaï (Broch. de 63 pages. Tipog. del Riformatorio Patronato, Milan, 1896).

Rhinite pseudo-membraneuse et diphthérie nasale. par EEMAN (Extrait du bull. de la soc. belge d'otol. et lar, n° 2, juin 1896).

Les phlogoses auriculaires moyennes exsudatives du nouveau-né, du nourrisson et de la première enfance, par V. COZZOLINO (Extrait de la *Gazz. med. di Roma*, 1896).

Le Gérant : G. MASSON.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

Tome XXII. — N° 12. — Décembre 1896.

MEMOIRES ORIGINAUX

UN CAS DE CRISE LARYNGEE CHEZ UN TABETIQUE

Par **A. GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière,
et **A. F. PLICQUE**.

La physionomie clinique des crises laryngées chez les tabétiques est, on le sait, extrêmement variable. Elles peuvent constituer des ictus très intenses et très passagers accompagnés même de chute et de perte de connaissance. Au lieu de cette forme de vertige, d'apoplexie, l'accès peut prendre le caractère d'un spasme très court mais très violent de la glotte. La durée peut, au contraire, se prolonger plusieurs jours avec de la dyspnée, du cornage, une toux quinteuse. La violence des quintes a même pu simuler la coqueluche. Dans d'autres cas, les troubles laryngés sont chroniques, continus, entrecoupés de temps à autre par une crise dyspnéique. Si mal connue que soit encore la pathogénie exacte de ces accidents, il semble qu'ils peuvent se diviser en deux groupes. Les uns sont dus à des lésions des noyaux bulbaires. La paralysie labio-glosso-laryngée est une complication assez fréquente du tabes. Sans doute elle aboutit le plus ordinairement à la béance, à l'inertie de la glotte, avec voix faible, éteinte, incapable de moduler les sons, mais respiration facile. Dans quelques cas pourtant, la paralysie des abducteurs amène de la dyspnée et du tirage. Cette forme est la plus rare, le noyau du spinal étant plus fréquemment atteint que celui du pneumogastrique. La gravité de ces accidents laryngés, d'origine bulbaire, est toujours très grande.

D'autres accidents, au contraire, semblent d'origine purement spasmodique. Ce sont les plus fréquents. Leur pronostic reste favorable; le plus souvent même, malgré l'intensité de la

[illegible]

[illegible]

[illegible] l'accident laryngé. [illegible] chez ce malade : [illegible] motrice, [illegible] automatiques [illegible] incoordination des mouve[illegible] ordinaire [illegible] pupillaires un peu [illegible] d'être signalés.

[illegible]. — François G., âgé de [illegible] ans, est un homme remarquablement vigoureux. Les seules maladies qu'il ait jamais faites sont une blennorrhagie de quelques jours pendant son service militaire et l'influenza en 1889. Après cette attaque d'influenza il resta fatigué des jambes pendant près de six mois.

Pour lui, le début de ses accidents remonterait à trois ans. Il fut à cette époque renversé par un fiacre et fortement contusionné au côté gauche. Il eut, les jours suivants, quelques crachotements de sang. Un peu plus tard il éprouva une sensation très pénible de barre, d'étau dans le côté contusionné. En l'absence de tout autre facteur étiologique et surtout en l'absence qui semble certaine de toute syphilis, ce commémoratif prend une certaine importance. M. Raymond, dans quelques cas exceptionnels, admet cette influence comme possible. Le début des accidents par la région traumatisée est intéressant. Le fait a été signalé par Spillman et Parisot (1).

Un an plus tard apparurent les premiers troubles moteurs. Ceux-ci se montrèrent ou tout au moins furent remarqués d'abord au membre supérieur. Le malade, qui était comptable,

(1) Spillmann et Parisot. — Traumatisme périphérique et tabes. *Revue de méd.*, 1888, p. 190.

s'aperçut qu'il ne pouvait plus bien tenir sa plume, qu'en écrivant il avait, surtout au bout de quelques heures, des mouvements tout à fait involontaires. A mesure qu'apparaissait cette incoordination motrice, la douleur en étau allait en diminuant. Les phénomènes sensitifs ont depuis été presque nuls. Il n'y a jamais eu de douleur dans les membres, jamais de crises gastriques, vésicales ou rectales. Au moment de sa crise de dyspnée, le malade a bien éprouvé à la figure une sensation de constriction spéciale. Mais il n'y a rien là qui rappelle le masque de toile d'araignée si pénible chez certain ataxiques.

L'écriture devenant impossible, G. dut changer de profession et se mit à porter du lait. Il y a trois mois et demi environ, il pouvait encore monter une cinquantaine d'étages par jour. Il remarque pourtant qu'il sentait mal le sol sous ses pieds. Il faisait des marches assez prolongées, n'a jamais eu de crise de courbature, plutôt peut-être une perte de notion de la fatigue qui l'étonnait. Dans ces dernières semaines, il est resté à sa grande stupeur plusieurs fois en détresse, forcé de se cramponner à la rampe dans des escaliers mal éclairés. Il se décide enfin le 29 septembre à entrer à Lariboisière, salle Lassègue, n° 24.

L'incoordination motrice est chez lui prononcée à un degré qu'il n'est pas très fréquent d'observer. La marche est talonnée, irrégulière ; l'occlusion des yeux, même les jambes écartées, détermine un effondrement immédiat ; la position des jambes dans le lit est appréciée d'une façon tout à fait incomplète. Abolition des réflexes rotuliens, conservation des réflexes plantaire et crémastérien. Aucun trouble de la sensibilité ni comme perception, ni comme retard, ni comme localisation des sensations. Pas de troubles trophiques, sauf, aux pieds, un état ichtyosique de la peau, trouble sur lequel Ballet et Dutil ont justement appelé l'attention (1).

Aux membres supérieurs l'incoordination motrice est aussi très accentuée. L'écriture très difficile, très irrégulièrement tremblée, devient tout à fait impossible par l'occlusion des yeux. Quand le malade essaye de signer, les lettres sont à peine lisibles, mais le paraphe très compliqué peut encore, par un phénomène assez curieux d'automatisme, être exécuté d'une façon relativement surprenante.

Le diagnostic tabes était donc évident. Le traitement prescrit à l'entrée, le premier octobre, fut un gramme d'iodure de potassium,

(1) Ballet et Dutil. — *Progrès médical*, 1883, p. 379.

circonstance qui offre une réelle importance comme cause occasionnelle. Le médicament fut bien toléré. Il ne détermina ni larmoiement, ni éternuements, ni congestion céphalique, ni éruption iodée. Néanmoins, le 5 octobre le malade saignait un peu du nez, le 6 il avait une crise de suffocation.

Ces crises étaient extrêmement pénibles. Le malade raconte qu'il sentait sur la figure et surtout sur le nez un poids extraordinaire. Il s'imaginait avoir un binocle trop serré et comprimant les narines. Il se mettait à tousser comme s'il avait avalé de travers. Ces quintes pourtant ne provoquèrent pas de vomissements et la toux n'était pas coqueluchoïde. L'inspiration était longue, anxieuse, si bruyante qu'elle troublait le sommeil de ses voisins. L'expiration était brève, sifflante, relativement facile. La dyspnée était continue avec des crises de paroxysmes qui forçaient le malade à se lever, à s'accrocher à son lit. La voix au moment des paroxysmes était tout à fait éteinte. Il existait un certain degré de vague cérébral. L'insomnie était presque absolue.

Le 7, M. Gouguenheim décidait la suppression de l'iodure. Discutant l'influence possible de ce médicament comme cause occasionnelle, il l'admettait en partie. La faible dose, 1 gramme, n'était pas un motif pour rejeter l'action de l'iodure, car les signes d'intolérance se voient souvent, plus souvent même peut-être, avec ces doses faibles. L'absence des signes ordinaires d'intolérance (enchifrènement, mal de gorge) avait plus de valeur négative. On n'observait pas, comme dans l'observation souvent citée de M. Huchard (1), le flux œdémateux considérable des paupières, du tissu sous-conjonctival, des téguments périorbitaires. Bien que l'examen laryngoscopique fut à ce moment impossible, les accidents semblaient plutôt ceux d'un spasme que d'un œdème de la glotte. Restait, malgré tout, un argument d'une réelle valeur. Le malade, qui n'avait jamais eu ombre de dyspnée, avait eu sa crise quatre jours après avoir commencé l'iodure et cet homme, fort intelligent, n'hésitait pas à incriminer le médicament.

Le 9, la dyspnée, malgré la suppression de l'iodure, avait augmenté ; il existait de la cyanose du visage, du tirage épigastrique et sus-sternal. M. Gouguenheim décidait de pratiquer la trachéotomie, le jour même, si la dyspnée ne s'amendait pas. Mais le soir, celle-ci s'était considérablement atténuée, à tel point qu'on pouvait se demander si la crainte de l'opération n'avait pas exercé son influence. Ce fait n'est pas absolument rare dans certaines crises laryngées hystériques. Si quelques hystériques vont

(1) HUCHARD. — *Société méd. des Hôpitaux*, 22 mars 1885

jusqu'à la trachéotomie (M. Dreyfus Brisac a rapporté la curieuse observation d'une hystérique trachéotomisée à quatre reprises différentes), d'autres respirent beaucoup mieux une fois l'opération bien décidée.

G. est certainement un nerveux. Sa mère était nerveuse, ce qui ne l'a pas empêchée d'arriver à 84 ans. Lui-même a eu une existence des plus accidentées (il a été déporté après la Commune) et avoue quelques excès ou plutôt un usage régulier de l'alcool et du tabac. Il a une loquacité et une émotivité réelles. Mais en recherchant avec soin chez lui les stigmates d'hystérie, on ne trouve à noter que de l'anesthésie pharyngée, ce qui est bien insuffisant. Il existe au cou, au niveau du larynx, un peu d'hyperesthésie. On sait qu'Oppenheim a décrit chez les tabétiques un point de réveil des crises laryngées situé entre le sterno-mastoïdien et le larynx, à peu près à la hauteur du cartilage cricoïde. L'hyperesthésie constatée est peut-être un vestige de ce point. Mais il a paru inutile de pousser jusqu'à essayer de réveiller la crise.

Le 11 octobre la dyspnée avait presque complètement disparu et l'examen laryngoscopique devenait possible.

Voici ce que montra l'examen fait par l'un d'entre nous : la glotte était dans la situation de la paralysie des dilatateurs, les deux cordes vocales très rapprochées l'une de l'autre et l'espace pour l'entrée de l'air était à peine de un à deux millimètres, les cordes vocales avaient leur coloration normale. Le bruit de cornage était très fort et la dyspnée très marquée.

Il était intéressant de rechercher chez ce malade les autres accidents d'origine bulbaire qui coexistent parfois avec les crises laryngées. Cette recherche a été négative. Il n'y a pas d'atrophie linguale, pas d'angor pectoris. Le pouls, dont le maximum a été 88 pulsations, n'offre pas cette accélération assez souvent signalée par Charcot dans le tabes. Jamais de crises pharyngées, de crises gastriques sous aucune forme. Au moment de la crise de dyspnée, G. a pourtant eu des renvois gazeux abondants et très gênants. Il n'a jamais vomi. Aucun trouble du côté de l'urine. Toutes les articulations sont indemnes et on ne rencontre pas chez lui de ces arthropathies qui, d'après Buzzard, accompagnent assez fréquemment le laryngisme tabétique.

Les troubles pupillaires sont chez ce malade assez intéressants. Sans que le signe d'Argyll Robertson existe complètement, la pupille est beaucoup plus paresseuse à la lumière qu'à l'accommodation. La pupille droite est notablement plus dilatée que la gauche. Elle est beaucoup plus paresseuse. C'est à peine si on la

voit se dilater quand on ferme l'œil gauche ; la pupille gauche, au contraire, se dilate immédiatement par occlusion de l'œil droit. Cette inégalité pupillaire devait conduire à rechercher la paralysie générale si souvent associée au tabes. Il n'existe chez le malade aucun autre symptôme qui vienne confirmer ce soupçon. L'inégalité pupillaire est-elle un symptôme de début de la périméningo-encéphalite diffuse ? Le fait est peu probable quoique Ballet (1) ait montré que ce trouble de la vision pouvait quelquefois précéder d'assez longtemps tous les autres symptômes. Mais presque toujours quand la paralysie générale survient chez un tabétique, elle survient dès le début et non à une époque aussi avancée que l'affection médullaire. Marie l'a, à cet égard, comparée à la névrite optique qui est, elle aussi, une complication des premières périodes.

Au point de vue thérapeutique, cette observation comporte deux conclusions importantes. L'iodure de potassium, qu'on prescrit parfois d'une façon un peu banale, est un médicament dont l'action mérite d'être très surveillée. Si la syphilis semble vraiment en jeu, c'est à fortes doses qu'il faut le prescrire. Si ce facteur étiologique n'existe pas, mieux vaut renoncer absolument à l'emploi de ce mode de traitement. Mieux vaut également s'en abstenir en cas d'accidents déjà anciens, ayant certainement passé la période de lésions spécifiques et parvenus à la période de lésions de sclérose banale. Bien que le coryza iodique ait manqué dans notre cas, la sensation spéciale de constriction, de pesanteurs nasales mérite d'être signalée. Il est fâcheux que le traitement proposé par Gerhardt (2), la cocaïnisation de la muqueuse nasale pour arrêter les crises laryngées du tabes, n'ait pas été essayé. Marie (3), d'après les excellents résultats qu'il a obtenus dans l'expérimentation chez les animaux (cocaïnisation de la muqueuse nasale avant la chloroformisation chez le chien) aurait une grande tendance à accepter ce moyen qui pourrait être utile non seulement dans les crises laryngées du tabes, mais dans un certain nombre de dyspnées nerveuses, d'origine réflexe.

(1) Ballet. — Traité de méd. Charcot, Bouchard. Vol. VI, p. 1840, Marie. *Ibid.*, p. 414.
(2) Gerhardt, — *Berlin, klin. Woch.*, 1893, n° 16, p. 369.
(3) Marie. — Traité de médecine. Vol. VI, p. 407.

II

TRAITEMENT DES VERTIGES, DES BOURDONNEMENTS ET DE QUELQUES AFFECTIONS DU LABYRINTHE PAR LA PONCTION DE LA FENÊTRE RONDE SUIVIE D'ASPIRATION

Par le Dr **RICARDO BOTEY** de Barcelone (1).

Dans mon travail présenté au dixième Congrès international de médecine à Berlin en 1890, j'ai démontré, en m'occupant de l'avulsion de l'étrier chez les animaux, que lorsqu'on déchire une ou deux membranes (celle de la fenêtre ovale, après avoir arraché la columelle, et celle de la fenêtre ronde), et que l'on pratique une large ouverture, il ne sort plus qu'une quantité insignifiante de périlymphe, en admettant qu'il y en ait tant dans le vestibule du limaçon que dans les canaux semi-circulaires et les cavités capillaires non élastiques et non contractiles, dont les parois externes sont rigides. Par conséquent, l'adhésion moléculaire et la pression atmosphérique empêchent sa sortie. Pour faire passer la lymphe à l'extérieur, il sera nécessaire d'aspirer avec un tube capillaire en verre qu'on peut fabriquer instantanément et avec lequel nous traversons les membranes.

Dans tous les cas, l'animal, immédiatement après l'opération, ne vacille pas en marchant et ne tombe pas non plus. La marche et la position de la tête sont toujours absolument normales. Il existe seulement un léger abattement avec diminution de l'appétit, durant 48 heures, sans laisser le moindre trouble dans la coordination des mouvements.

Dans les cas où nous perforons les membranes ovale et

(1) Travail lu au premier Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie, tenu à Madrid le 19 novembre 1896.

ronde et aspirons le liquide labyrinthique, nous voyons au bout de quelques jours la perforation se fermer complètement. Cette occlusion cicatricielle a lieu également si nous perçons les membranes en divers sens. Le processus de régénération est très rapide et se fait concentriquement.

Toutes ces expériences prouvaient déjà la parfaite innocuité, chez les animaux, de la ponction et de l'aspiration de la périlymphe par la paracentèse de la fenêtre ronde.

Récemment, j'ai repris ces expériences. Les résultats ont été identiques aux premiers et même, dans le cas où je n'ai pris aucune précaution antiseptique, les pigeons ne ressentaient pas le moindre inconvénient consécutif; la cicatrisation de la plaie et le rétablissement de la fonction auditive étaient, comme toujours, rapides et parfaits.

Dans le même travail, je me plaignais de ce que l'étrier et la fenêtre ovale n'étaient pas facilement accessibles à l'œil. En outre, la fenêtre ronde chez l'homme est plus accessible que la fenêtre ovale, d'abord parce qu'elle est dégagée de la base de l'étrier qui l'obstrue, et ensuite, parce qu'elle est plus près de la portion du promontoire, directement visible par l'otoscopie, et en troisième lieu, parce qu'elle se trouve dans une région libre d'obstacles et éloignée d'organes dangereux.

De plus, chez beaucoup de malades, on devine parfaitement à travers le tympan le lieu qui correspond à la fenêtre ronde, et qui se trouve, comme tout le monde le sait, au quart postéro-inférieur et près du bord tympanique.

Après des essais sur le cadavre, je me suis arrêté au procédé opératoire suivant :

Incision circulaire du bord postérieur du tympan, rasant ce bord un peu au-dessous du pli postérieur, suivant l'insertion de la membrane du tympan et la coupant aussi près que possible de son adhérence à l'os. Cette incision se prolonge vers le bas jusqu'à la paroi inférieure du conduit auditif externe. On écarte en avant la membrane du tympan avec un stylet plat, en découvrant la petite tête de l'étrier dans l'angle supérieur de l'incision, et vers le bas et un peu en arrière, près du bord postérieur du tympan, la fenêtre ronde, qui est totalement ou au moins partiellement visible.

Si cette incision ne suffit pas, on la prolonge un peu au-dessous du pli postérieur, on sectionne perpendiculairement le tympan en avant, au centre de l'incision semi-circulaire sur une étendue de 2 ou 3 millimètres. Au cas où quelques fragments de membrane empêcheraient de distinguer nettement la fenêtre ronde en restant collés au bord postérieur de l'anneau tympanique, on pourrait les couper à leur base avec un petit bistouri fin ou plutôt les détruire au galvano-cautère.

Dans quelques cas, il vaudra mieux exécuter l'opération en deux temps : d'abord pratiquer l'ouverture du tympan, et après avoir bien lavé et désinfecté la caisse, on tamponne le conduit auditif externe avec une petite mèche de gaze iodoformée ; puis on continue l'opération, en perforant la fenêtre ronde et aspirant le liquide labyrinthique ou la périlymphe au bout de trois ou quatre jours, quand la réaction inflammatoire a disparu en grande partie, ainsi que l'hémorrhagie, qui, si insignifiante qu'elle soit, rend l'examen très difficile.

Le petit trocart ou la canule pointue doit avoir en moyenne trois quarts de millimètre de diamètre ; la courbure à angle obtus est à 2 millimètres de sa pointe.

Introduite par la fenêtre ronde, la pointe dirigée en haut et un peu en dedans, rase doucement le bord supérieur de la dite fenêtre ronde et la partie interne de la paroi vestibulaire intermédiaire entre cette fenêtre et la fenêtre ovale située plus haut, ainsi conduite, elle tombe immédiatement derrière le bord inférieur de la base de l'étrier. La pointe de l'instrument ne pénètre ni dans le saccule ni dans l'utricule, en un mot, elle demeure en dehors du vestibule membraneux qui contient l'endolymphe. Si la pointe n'est pas très aiguë, elle est constamment submergée dans la périlymphe et passe entre la paroi externe ou celle de l'étrier dans le vestibule osseux et les parois externes de l'utricule et du saccule, ainsi que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'observer sur le cadavre ; car on sait que le vestibule membraneux dans sa portion inféro-externe n'adhère pas à la paroi osseuse voisine des fenêtres ovale et ronde.

Mais, si au lieu de diriger avec grand soin la pointe de

l'instrument en haut et un peu en dedans, comme je viens de l'indiquer, nous l'inclinons d'abord vers le haut et en dedans et ensuite directement en avant, nous pénétrons immédiatement dans la rampe tympanique du limaçon, également baignée, ainsi que nous le savons, par la périlymphe. En outre, si nous dirigeons la pointe de l'instrument d'abord en haut et un peu en dedans comme dans les deux cas précédents, et ensuite en arrière, elle va en passant toucher la paroi externe de l'ampoule inférieure du canal semi-circulaire vertical postérieur ou interne. Aussi faut-il apporter beaucoup d'attention pour ne pas le blesser.

Dans aucun des lieux parcourus par la pointe de l'instrument, l'endolymphe n'existe, et si nous procédons avec précaution, il est difficile de blesser un organe essentiel quelconque. La rampe tympanique du limaçon, surtout dans cette région, ne contient aucun organe de Corti pouvant être lésé ; les taches acoustiques et les otocones sont situés plus en dedans, en haut ou derrière à l'intérieur des ampoules des canaux semi-circulaires membraneux qui peuvent difficilement être déchirés ou perforés.

On peut, quand on veut, perforer la membrane ovale avec un fin trocart plein et ensuite introduire, par l'ouverture, un fin tube capillaire en verre, convenablement recourbé, pour aspirer la périlymphe. Ce système a l'avantage de la commodité, vu qu'on peut fabriquer instantanément un petit tube capillaire, parfaitement stérilisé par la chaleur de la fusion du verre, et que l'on voit parfaitement bien le liquide labyrinthique couler contre les parois, de sorte que l'on peut évaluer, à peu de chose près, la quantité de périlymphe extraite du labyrinthe, et la retirer au moment opportun, puis s'assurer si l'on a oui ou non pénétré dans la cavité périlymphatique, et si la petite ouverture capillaire du tube est obstruée par un fragment de tissu.

Mais, on risque de rompre le tube de verre dans l'intérieur de l'oreille moyenne ou externe, et, ce qui est plus grave encore, à l'intérieur du vestibule. Dans le premier cas, en effet, il ne faut généralement pas longtemps pour l'extraire avec une pince fine, mais dans le second, c'est presque sûre-

ment impossible. Cet accident constituerait donc une complication excessivement regrettable.

Malgré tout, dans mes nombreux essais sur le cadavre, j'ai observé que la pointe courbe du tube capillaire se casse rarement à l'intérieur du vestibule ; mais pour peu qu'on force la main, c'est le reste du tube en verre situé dans la caisse ou dans le conduit auditif osseux qui se brise.

Par conséquent, il est préférable d'avoir recours à une fine canule de métal, recourbée *ad hoc*, et dont le bord coupant forme un biseau, très peu oblique, presque perpendiculaire à l'axe du tube, car autrement nous blesserions forcément le vestibule membraneux, sans aucun profit, en supposant que l'orifice de le canule n'atteigne pas encore la cavité périlymphatique, et en échange, le point de celle-ci pénétrerait dans l'utricule ou dans le saccule. Dans mon cas, je ne perçus pas la sortie du liquide labyrinthique.

Il faut avoir soin que la pointe de l'instrument soit bien affilée, car, dans le cas contraire, au lieu de la perforer, on détache une partie de la fenêtre ronde et l'on obtient ainsi une ouverture plus perméable et persistante, par laquelle s'échappe de la périlymphe et par où des germes dangereux d'infection purulente peuvent gagner le labyrinthe.

Dans certains cas, il est impossible de voir la fenêtre ronde, on la devine seulement. Mais on peut toujours distinguer au moins le bord proéminent en forme d'arc ou rebord orbitaire que forme le promontoire en avant et en haut de la fenêtre ronde. A partir de ce point, on courbe la tige de la petite canule un peu en arrière à 1 ou 1,2 millimètres de sa pointe ; il ne faut pas oublier que la membrane ronde est située au-dessous et en arrière de ce petit arc dans une situation non verticale, mais très oblique, presque horizontale, parce qu'elle constitue, d'après des recherches sur le cadavre, une partie du sol ou de la paroi inférieure du vestibule; en nous aidant du toucher, nous pénétrons à travers la fenêtre ronde sans la voir, en suivant le bord concave postérieur de cet arc toujours proéminent, avec la pointe de l'instrument, qui suit d'abord son segment supéro-antérieur et se dirige ensuite vers le haut et

en arrière, pénétrant tout de suite à travers la membrane, qu'elle perfore, ce qui procure au doigt une sensation très douce spéciale.

On peut essayer sur le cadavre, en pénétrant dans le vestibule par la fenêtre ronde, et en la perforant avec un stylet coupant et courbé de la manière décrite ci-dessus. On introduit après par son ouverture une petite quantité de liquide colorant, au moyen d'un petit tube en verre capillaire, à extrémité coudée, comme celui avec lequel nous avons d'avance aspiré un peu de liquide. Cette opération faite, comme sur un être vivant, il reste à attendre le résultat. Dans ce but, après avoir séparé la région temporale de l'oreille interne, on pratique avec une petite scie d'horloger deux incisions : l'une verticale et antéro-postérieure passe par le milieu de la caisse et parallèlement au promontoire, duquel restent séparées l'oreille externe, la caisse et l'apophyse mastoïde que nous n'avons pas à utiliser, et l'autre section horizontale, qui partage le labyrinthe, passant entre la fenêtre ovale et ronde et par le milieu du conduit auditif interne.

On remarque alors que le vestibule, principalement autour des fenêtres ovale et ronde, est plein de substance colorante, une légère teinte recouvre l'entrée de la rampe tympanique du limaçon et la région du vestibule, qui avoisine l'ampoule inférieure du canal semi-circulaire interne ou postérieur. Tout ceci survient au niveau de la périlymphe, sans perforation du saccule, de l'utricule et de l'ampoule des canaux, et la substance que nous injectons ne déchire pas comme la pointe de l'instrument (si nous avons procédé avec beaucoup de précaution) le vestibule membraneux, elle l'enfonce seulement et détache légèrement ses parois inférieure et externe, qui adhèrent fort peu.

Ayant prouvé la possibilité d'une semblable opération sur le vivant, nous l'avons exécutée sur celui-ci trois fois, avec d'excellents résultats.

Deux ou trois jours avant on lave deux fois par jour le conduit auditif externe, avec une solution de bichlorure à 1 °/₀ ; puis on injecte deux ou trois gouttes de glycérine phéniquée à 5 °/₀ dans le conduit que l'on tamponne ensuite avec un bour-

donnet d'ouate phéniquée. Le jour de l'opération, le conduit externe est lavé avec une solution aqueuse stérile de savon, au moyen d'un pinceau aseptique qu'on introduit et agite plusieurs fois dans l'intérieur du conduit, après l'avoir trempé dans la solution savonneuse un peu concentrée. On enlève ensuite le savon au moyen d'un petit jet d'alcool absolu et on verse dans le conduit une solution de sublimé à 1 pour 500 qu'on laisse séjourner deux minutes.

Alors on sèche soigneusement le conduit avec du coton boriqué stérilisé de la manière suivante : l'on roule autour d'un petit stylet auriculaire un peu d'ouate boriquée ou hydrophile, imbibée d'alcool boriqué concentré, et on la brûle ensuite en l'approchant de la flamme jusqu'à ce qu'elle commence à se carboniser ; l'ouate demeure donc complètement stérile.

Le conduit étant bien séché, on y verse une goutte de solution de chlorhydrate de cocaïne à 50 °/₀ et on introduit, en outre, au fond du conduit auditif osseux, en contact avec le tympan, un petit tampon d'ouate imbibé de la même solution qui y reste pendant cinq ou six minutes.

Quand on a retiré le bourdonnet, on sèche le fond du conduit et après avoir stérilisé convenablement tous les instruments, on pratique dans le tympan l'incision décrite plus haut. L'hémorrhagie est presque nulle, insignifiante. Malgré tout, quelquefois elle suffit à entraver la ponction de la fenêtre ronde, qu'on ne voit pas bien, lorsqu'elle est baignée dans une légère couche de sang.

Il existe certaines affections labyrinthiques non encore définies, qui sont caractérisées principalement par des bourdonnements plus ou moins intenses et continus, par des vertiges ou un état vertigineux périodique avec diminution de l'acuité auditive, maladies dans lesquelles on ne trouve de lésions ni dans la trompe ni dans la caisse ; l'examen au moyen des cylindres de Kœnig, de la montre et des diapasons, démontrant que la conductibilité n'est nullement altérée, mais seulement la réceptibilité, l'on reconnaît que le labyrinthe est le siège de l'affection. Dans beaucoup de ces cas, il y a un excès de pression intra-labyrinthique, offrant quelque analogie avec les glaucômes oculaires.

On sait qu'on désigne sous cette dénomination un ensemble de maladies distinctes, dont le caractère commun est l'augmentation de la tension intraoculaire, augmentation due à la production exagérée des humeurs contenues dans le globe de l'œil (Graefe). On sait que le trijumeau influence beaucoup cette pression, que son excitation fait monter la colonne mercurielle de 30 millimètres à environ 200, et cette tension excessive persiste encore quand l'irritation a cessé. Pour les ophthalmologistes, cette hypersécrétion séreuse provient d'une prédisposition arthritique héréditaire, analogue à celle du péricarde et des articulations, accompagnée d'une dégénérescence athéromateuse des parois des artères, épaississement et rétraction de la sclérotique, et pour Donders, une névrose des nerfs ciliaires en serait l'unique cause. On remarquera que ces affections n'apparaissent jamais avant quarante ans.

Boucheron a publié, il y a quelques années (1880), plusieurs articles, insistant sur le mécanisme de certaines surdités graves, dans lesquelles la compression labyrinthique qu'il baptise du nom d'*otopiésis*, constitue l'élément pathogène principal, affirmant avec de nombreux auteurs, que dans l'immense majorité des cas, la compression labyrinthique est occasionnée par la pénétration de l'étrier dans le labyrinthe et par son immobilisation relative dans cette position vicieuse, dans laquelle il tend à s'ankyloser.

Au Congrès International de Paris, en 1889, où Boucheron expliqua ce mécanisme, j'ai élevé une objection, en disant qu'étant donné que les liquides sont incompressibles, on conçoit parfaitement que l'enfoncement de la base de l'étrier provoque par la suite une compression de la périlymphe sur les éléments nerveux terminaux du nerf acoustique ; mais dans les cas chroniques ou quand la compression est lente, la périlymphe s'échappe par l'aqueduc du vestibule et l'endolymphe par celui du limaçon. Boucheron ne trouva aucun argument à m'opposer et il avoua que mon objection était fatale pour son *otopiésis*.

Il faut admettre toutefois cet excès de pression intra-labyrinthique, d'autant plus que son mécanisme intime échappe

encore à nos investigations, soit qu'il y ait excès de sécrétion endo ou péri-lymphatique, ce qui arrivera probablement dans les affections aiguës de l'oreille moyenne, dont les phénomènes congestivo-inflammatoires atteindront l'oreille interne dans certaines occasions et dans certaines affections exsudatives et hémorrhagiques du labyrinthe, qu'on pourrait qualifier peut-être de *labyrinthite séreuse*, s'il n'était pas impossible de faire le diagnostic dans l'état actuel de l'otologie, soit que la résorption, l'action de vider le liquide labyrinthique s'accomplisse avec difficulté, bien que sa production soit normale, soit qu'on trouve rétrécis ou obstrués par la sclérose les aqueducs du vestibule ou du limaçon, soit que cette résorption soit entravée par les sels calcaires et le tissu fibreux interposé dans la paroi vestibulaire de la caisse, qui, au niveau de l'anneau fibreux qu'il forme à la base de l'étrier, finit par s'ankyloser, renfermant et resserrant ensuite les vaisseaux de communication entre le vestibule et l'oreille moyenne qui, à divers endroits, perforent cette paroi, comme l'avait démontré mon maître, le Prof. Politzer, influençant, d'autre part, puissamment dans cette petite élimination l'état athéromateux des mêmes vaisseaux.

Le labyrinthe est plus souvent qu'on ne le croit, le siège d'hémorrhagies et d'exsudations de cause réflexe, vaso-motrice, neuro-trophique, rhumatismale, arthritique, syphilitique, etc. comme j'ai eu quelquefois occasion de l'observer chez certains malades et de m'en assurer quand je faisais des expériences sur des pigeons et des poulets, auxquels j'ai extrait la columelle et perforé la paroi interne de la caisse. Par conséquent, la fonction de la fenêtre ronde, comparable à la paracentèse de la cornée dans le glaucôme, sera indiquée dans tous ces cas, d'autant plus qu'ils ne sont pas communs et sont quelquefois difficiles à diagnostiquer.

Dans la clinique, cependant, on rencontre parfois des cas typiques comme le suivant :

OBS. I. — José Garcia, ébéniste, 48 ans, tempérament nerveux à l'extrême, avec crises de neurasthénie aiguë, survenant presque tous les automnes. La mère a des attaques d'hystérie,

le père est rhumatisant, probablement cardiaque ; son frère cadet, qui a 27 ans, est épileptique. Il vient à la clinique, se plaignant, depuis 14 ou 15 jours, de bruits subjectifs intenses, de timbre métallique (cloches), accompagnés de vertiges ; grande fatigue intellectuelle, sensation de plénitude dans les oreilles, surtout à droite, mauvais état général, avec tendance aux syncopes et aux vomissements, marche incertaine avec peur de tomber par terre.

Le malade abuse un peu des boissons alcooliques, surtout dans les moments où il est chagriné et abattu sans motifs suffisants. Ces jours derniers, il fut pris d'un rhume violent, à la suite duquel l'oreille droite le fit souffrir, en même temps sortirent de l'oreille quelque gouttes de sang pur, sans la moindre trace de pus, ni de sérosité purulente. Le 22 novembre 1895, la veille de sa visite à ma consultation, je remarquai de nouveau, après des bourdonnements très intenses, un coup d'air, des vertiges marqués, qui l'empêchaient de se tenir debout ; par l'oreille droite, on voyait de nouveau sourdre des gouttes de sang. Le malade avait été vu par un confrère, qui, deux jours auparavant, lui avait administré 2 grammes de quinine, ce qui, probablement, avait empiré son état. De sa propre autorité, le malade absorba de l'eau-de-vie (5 ou 6 verres), remède auquel il avait recours fréquemment pour ses indispositions.

J'ai passé à l'examen fonctionnel de l'appareil auditif. La montre (23 novembre 1895), est perçue du côté gauche de 36 à 45 centimètres, et est nulle du côté droit. La perception crânienne est normale du côté gauche et nulle à droite. Le diapason vertex est seul entendu par l'oreille gauche. Rinne positif du côté gauche, impossible à droite, parce que le malade n'entend pas suffisamment le diapason appliqué sur la mastoïde, ce qui indique, indubitablement, une diminution considérable de la durée de la perception à travers les os du crâne.

La voix chuchotée est entendue à 6 mètres par l'oreille gauche, et à 2 centimètres par l'oreille droite.

L'examen objectif montre le tympan gauche légèrement épaissi et laiteux, sans autres lésions ; d'autre part, les trompes d'Eustache sont parfaitement perméables, leur cathétérisme ne provoque pas la moindre augmentation de l'audition, tant d'un côté que de l'autre. Le tympan droit est vivement congestionné, principalement la membrane de Shrapnell et derrière le manche du marteau. Le fond du conduit auditif externe est recouvert en certains endroits de légères couches de sang coagulé, qui, en

contact avec le tympan le cachent à la vue, dans plus de son tiers inférieur.

Après avoir débarrassé le conduit auditif externe autant que possible, soit avec la seringue, soit avec de petits porte-ouate, on observe sur la paroi postérieure du méat, de petites transsudations sanguines dans les ouvertures des glandes cérumineuses, en même temps, on remarque avec surprise, que le tympan est intact, bien que congestionné partiellement, il en est de même pour le fond du conduit auditif, qui le touche immédiatement.

Il s'agissait donc, chez ce malade, d'une hémorrhagie hystérique, due à des troubles vasomoteurs dans les grains vasculaires sis à l'intérieur du canalicule des glandes cérumineuses, sans rupture de leurs parois et par diapédèse des globules rouges.

Par un traitement approprié, le tympan, la caisse, le conduit, la trompe, redevinrent normaux au bout de quelques jours ; mais les troubles labyrintiques ne diminuaient point, au contraire ; aux bourdonnements habituels, s'ajoutait une sensation pulsatile gênante, ne laissant au malade aucun repos, accompagnée de vertiges très intenses, avec tendance aux syncopes, et une pâleur du visage, que je tâchais en vain de combattre, par le bromure, l'ergotine, l'iodure, etc.

Ne sachant pas comment améliorer l'état de ce malade, il me vint à l'idée de ponctionner la fenêtre ronde, opération que j'avais déjà effectuée quelques semaines auparavant, à ma clinique, chez un malheureux aveugle et sourd, pensionnaire d'un asile.

Bien que le résultat eût été nul, en raison de l'existence probable de lésions atrophiques des éléments sensoriels du labyrinthe, impossibles à réorganiser, mon audacieuse intervention me démontra qu'elle était complètement inoffensive chez l'homme, en prenant, naturellement, des précautions antiseptiques.

Le 15 janvier dernier, je fis la ponction de la fenêtre ronde chez ce malade, il sortit un liquide légèrement sanguinolent, et, instantanément, les bourdonnements et l'état vertigineux cessèrent. L'audition ne s'améliora nullement par contre.

Comme les bourdonnements réapparurent au bout de quelques jours, je répétai l'opération avec le même résultat ; l'audition n'en retira nul bénéfice. Le malade sortit de la clinique au

bout de deux mois, notablement soulagé de ses bourdonnements, vertiges, et de son état semi-nauséeux, mais aussi sourd qu'auparavant.

Récemment, j'ai pratiqué la même opération avec un résultat analogue, mais peut-être moins satisfaisant ; je crois inutile d'en rapporter ici l'observation détaillée. La quantité de périlymphe qui sortit fut insignifiante, la surdité s'accentua dans les 48 heures qui suivirent la ponction et l'aspiration, ultérieurement, la montre fut perçue à 2 centimètres, mais l'audition de la voix chuchotée, demeura sans changement.

J'ai peu opéré jusqu'ici, n'ayant pas trouvé encore un nombre suffisant de malades, que la peur naturelle d'une intervention nouvelle, et par conséquent audacieuse, effraie.

Que nous indiquent et démontrent ces manœuvres endovestibulaires ?

Ces interventions prouvent :

1° Qu'on peut, en prenant de rigoureuses précautions antiseptiques, perforer et même déchirer la membrane ovale de l'homme, aspirant une petite quantité de périlymphe (une goutte ou une fraction de goutte), sans le moindre danger d'infection ou d'altération grave de l'acuité auditive.

2° Comme chez les animaux, la membrane se régénère rapidement chez l'homme.

3° Lorsqu'il existe des symptômes évidents d'excès de pression intra-labyrinthique, la ponction et l'aspiration influencent favorablement les bourdonnements et les vertiges, mais elles n'améliorent pas l'état de l'audition, quand l'affection est chronique.

4° Dans les infiltrations aiguës du labyrinthe, la ponction agit à merveille, surtout si l'organe de Corti et d'autres terminaisons sensorielles n'ont souffert que d'une compression passagère.

5° La ponction et l'aspiration de la fenêtre ronde (que je me propose d'essayer sur une plus vaste échelle, ceci n'étant qu'une note destinée à m'assurer la priorité), auront, avec le temps, de meilleures indications pour les affections labyrinthiques jusqu'alors complètement en dehors de l'action de la thérapeutique.

III

DES TROUBLES CAUSÉS PAR LES PETITES LESIONS DES AMYGDALES

Par les Dr M. BOULAY et A. MARTIN.

Un certain nombre de malades se plaignent de sensations pharyngiennes anomales, de modifications de la voix, de troubles auriculaires, qui ne trouvent pas leur raison d'être dans des lésions aisément perceptibles des organes incriminés et qui, par cela même, ne laissent pas que d'embarrasser fortement le médecin. L'expérience a appris à chercher et souvent à trouver la cause de ces accidents dans des altérations du pharynx et en particulier des amygdales. Michel (de Cologne), [1] Moritz Schmidt [2], Ruault [3], Gampert [4], Joal [5], entre autres, ont attiré l'attention sur ces faits. Personne n'ignore actuellement les nombreux phénomènes locaux ou à distance auxquels donnent souvent naissance les modifications pathologiques des amygdales palatines, linguale et pharyngée.

En ce qui concerne les lésions des amygdales palatines, les seules que nous ayons en vue dans cette étude, on n'a guère signalé jusqu'ici que les troubles liés aux altérations marquées

(1) Michel. — Du traitement des maladies de la gorge et du larynx. Trad de Calmettes. Bruxelles, 1884.

(2) M. Schmidt. — Ueber Schlitzung der Tonsillen. *Therap. Monatschr.* oct. 1889.

(3) Ruault. — De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne. *Arch. de laryngologie*, 15 avril 1888.

(4) Gampert. — Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discission. *Thèse* de Paris, 1891.

(5) Joal. — Reflexes amygdaliens. Soc. franc. d'otologie, etc. session de 1894.

de ces organes, telles que l'hypertrophie ou les volumineuses concrétions intra-lacunaires. Or, ce ne sont pas seulement les modifications pathologiques *grossières* qui sont susceptibles de rendre les amygdales gênantes : celles-ci peuvent devenir la source d'une foule de troubles à la faveur de lésions ou d'anomalies même *minimes* et sur lesquelles l'attention a été peu attirée jusqu'ici.

Les observations suivantes nous paraissent des plus instructives à cet égard [1]. Nous les plaçons en tête de ce mémoire, afin qu'on puisse immédiatement se convaincre qu'il repose, non sur des vues de l'esprit, mais uniquement sur des faits.

1° Sensations pharyngiennes

OBS. I. — Mme B..., 32 ans, éprouve depuis cinq semaines, époque où elle eut un léger mal de gorge, une gêne dans le côté droit du pharynx, comme s'il y avait là quelque chose de plus gros que d'ordinaire. La déglutition des aliments la soulage ; celle de la salive exagère la sensation anomale.

Quand on explore la loge amygdalienne avec un stylet recourbé, elle indique le pilier postérieur comme siège de la gêne qu'elle ressent. L'amygdale, peu volumineuse, adhère à ce pilier ; l'ouverture d'une ou deux cryptes n'amène aucun soulagement. On enlève une portion de tissu du volume d'un gros pois en pleine amygdale : la sensation anomale disparait sur le champ et ne reparaît plus.

OBS. II. — Mme J..., 30 ans, éprouve depuis un an environ, une sensation de graviers dans la gorge, surtout au moment de la déglutition à vide.

Les amygdales ne présentent d'autres lésions que des adhérences aux piliers antérieurs. Rupture de ces adhérences avec le stylet recourbé. La malade, revue un mois plus tard, accuse un grand soulagement ; cependant, elle est encore un peu gênée du côté gauche. Une nouvelle discision de cette amygdale est suivie d'une guérison définitive.

(1) Un certain nombre d'entre elles nous ont été communiquées par nos amis Lubet-Barbon, Chatellier et Weismann à qui nous adressons tous nos remerciements.

OBS. III. — M. B., 45 ans, gêne à droite, pour avaler, depuis un rhume.

Petite amygdale rouge très gonflée et très serrée entre les deux piliers.

Ablation de la partie centrale de l'amygdale qui ramène l'état normal.

OBS. IV. — M. N., 58 ans, a eu un gros rhume il y a six mois, ensuite ulcération (dit-il) sur la langue, et depuis gêne pour avaler.

L'amygdale gauche est saillante en un point. Quand on la touche, le malade s'écrie : « c'est là ce qui me fait mal ». Ablation de la partie saillante avec la double curette, plus de gêne.

OBS. V. — M. S., 50 ans, constamment gêné à droite pour avaler la salive, très soulagé par l'ouverture des cryptes, mais la gêne revient fréquemment. Ablation de la partie de l'amygdale située dans l'angle supérieur. Guérison.

OBS. VI. — M. B., 34 ans, gêne constante à droite pour avaler la salive.

Entre le pilier postérieur et l'amygdale droite, on trouve un récessus plein de matière caséeuse et de petites concrétions.

Le vidage du récessus fait disparaître la gêne qui n'a pas reparu.

OBS. VII. — Charles V..., 50 ans, éprouve depuis cinq mois une sensation de sécheresse et de corps étranger dans le côté gauche de la gorge ; il déglutit à chaque instant sa salive, pour essayer d'humecter le point malade, sans d'ailleurs y parvenir. Il indique du doigt la grande corne de l'os hyoïde comme répondant au siège du mal. Il redoute le développement d'un cancer ; ses craintes sont d'autant plus vives que, depuis trois mois, il ressent en outre dans la moitié gauche de la langue une sensation de brûlure, avec élancements intermittents.

Amygdales petites et comme rétractées : on ouvre deux ou trois cryptes à gauche, sans y trouver de concrétions, et l'on rompt une adhérence de l'amygdale au pilier antérieur. Le malade est revu huit jours après : plus d'élancements dans la langue, atténuation de la sensation de brûlure ; la sensation gutturale a changé de caractère ; il lui semble qu'un voile, une membrane soit tendu dans la moitié gauche de sa gorge. Nouvelle discision : à la suite, soulagement complet en ce qui concerne la langue, mais il persiste un peu de gêne dans la gorge. Ablation des portions de l'amygdale qui peuvent être saisies avec la double curette : toute gêne gutturale disparaît.

OBS. VIII. — Georges P..., 34 ans, se plaint d'être gêné depuis plusieurs mois pour avaler sa salive ; il éprouve constamment dans la gorge une sensation de constriction qui s'exagère quand il déglutit à vide. Cette sensation ne prédomine ni à droite, ni à gauche ; il lui indique pour siège la ligne médiane. Pas d'autre lésion qu'une adhérence étendue des amygdales aux piliers antérieurs. Destruction des adhérences, avec une tige de galvano recourbée ; peu de réaction consécutive ; le malade, revu la semaine suivante, n'éprouvait plus aucune sensation anomale dans la gorge.

OBS. IX. — Mme X..., 42 ans, éprouve depuis quinze jours, dans le côté droit de la gorge, une vive sensation de piqûre, de déchirure qui s'exaspère à chaque mouvement de déglutition. Elle est persuadée qu'elle a avalé par mégarde un petit os qui se serait fixé dans l'isthme du gosier.

Un examen minutieux de la gorge n'y fait découvrir aucun corps étranger ; par contre, l'exploration de l'amygdale droite avec un crochet fait reconnaître une adhérence de son bord antérieur au pilier correspondant dans ses deux tiers inférieurs ; il existe en ce point un cul-de-sac d'un centimètre de profondeur, dont les parois sont formées en avant par le pilier, en arrière par l'amygdale, en dedans par l'adhérence. Cette adhérence étant sectionnée, on voit sortir du cul-de-sac deux ou trois grumeaux grisâtres, du volume d'un grain de chénevis. La malade accuse un soulagement immédiat : en nous quittant, elle ne conserve que la légère douleur produite par la rupture des tissus.

OBS. X. — (Communiquée par le Dr Chatellier). Mme X..., 38 ans, se plaint de douleurs à la déglutition, depuis une quinzaine de jours ; les souffrances sont assez vives pour qu'il lui soit presque impossible d'avaler les aliments. Il n'y a rien d'apparent à la surface des amygdales, ni dans le pharynx ; il n'y a en particulier, ni rougeur, ni angine. L'exploration au stylet recourbé fait reconnaître, de chaque côté, une adhérence étendue du pilier antérieur à l'amygdale correspondante. On rompt ces adhérences, et la douleur disparaît instantanément.

2° Troubles phonatoires

OBS. XI. — Mlle X..., chanteuse, 31 ans, est gênée pour chanter. Lorsqu'elle fait certaines notes, elle sent d'abord de la difficulté,

puis des chatouillements dans la gorge qui l'obligent à tousser.

Le larynx, le pharynx et le nez sont normaux.

Si on touche l'amygdale droite, on provoque immédiatement un accès de toux, semblable à ceux dont se plaint la malade.

A la partie centrale de l'amygdale, on trouve une bride de deux ou trois millimètres de longueur fermant une crypte. Après la section de cette bride, la voix s'éclaircit, devient plus facile, et la gorge paraît plus large.

OBS. XII. — M. M..., 39 ans, à la suite d'un mal de gorge, aphonie presque complète. La voix a mis longtemps à revenir. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an environ, la moindre fatigue vocale ramène de la raucité de la voix ; en même temps, il y a un sentiment de gêne persistante dans la région amygdalienne gauche. Le malade qui a eu une hémoptysie il y a 15 ans, est très inquiet et se fait ausculter fréquemment.

Larynx, nez et pharynx normaux.

Les amygdales sont petites, encastrées entre les piliers.

En touchant l'amygdale gauche, on augmente la gêne dont se plaint le malade, et on produit une diminution considérable de la voix.

Un examen plus complet fait découvrir une adhérence de l'amygdale gauche avec le pilier postérieur. Chaque fois que l'on touche l'amygdale, le malade est plus gêné, et la voix diminue.

La section de l'adhérence fait disparaître la gêne, et ramène la voix normale. Un attouchement de l'amygdale, si prolongé qu'il soit, ne donne plus de gêne, ni de trouble vocal.

Guérison maintenue depuis deux ans.

OBS. XIII. — Mme F., 44 ans. Depuis très longtemps est gênée pour avaler la salive. La voix est devenue rauque, et la malade a dû cesser de chanter, il y a au moins dix ans.

L'amygdale gauche, un peu trop grosse, est très serrée entre les piliers. Son attouchement provoque la gêne à la déglutition.

Une discision, faite à la partie supérieure de cette amygdale, diminue la gêne pour avaler, et modifie la voix d'une façon telle que la malade surprend les personnes de son entourage.

La section de la partie centrale de l'amygdale lui permet d'être libre entre les piliers, et modifie encore plus la voix.

OBS. XIV. — Mme N..., 28 ans, s'enroue très facilement, parfois à la suite d'un léger mal de gorge, souvent aussi sans cause apparente. Actuellement, sa voix est couverte depuis trois semaines, elle se fatigue rapidement à parler et ne peut chanter. Le larynx ne présente aucune lésion; les cordes vocales en particulier ont

leur aspect normal. Par contre, les amygdales qui se dissimulent derrière les piliers, et qui, à un examen superficiel, paraissent petites, sont en réalité volumineuses, et sont enchantonnées par les deux piliers auxquels elles adhèrent. Elles présentent des cryptes profondes dont on ouvre les principales ; on n'y trouve aucune concrétion. La voix devient immédiatement plus claire. Après trois séances de discision, les troubles vocaux disparaissent définitivement.

OBS. XV. — Mme T..., chanteuse, 32 ans, éprouve depuis deux ans une grande gêne pour chanter : lorsqu'il lui faut donner des notes élevées, elle éprouve une sensation de constriction, d'arrêt, de poids à soulever dans la gorge, et le son ne sort plus. Il lui est à peu près impossible de faire les demi-teintes.

Larynx normal. Les amygdales, un peu grosses, présentent une surface irrégulière et des cryptes profondes ; celle de gauche adhère au pilier antérieur. Les cryptes ne renferment aucune concrétion.

A l'aide d'une double curette, on enlève deux morceaux de l'amygdale en plein centre de l'organe. Dès les jours suivants, la gêne diminue, l'émission des notes élevées est plus facile ; la malade gagne deux notes dans les demi-teintes. Cette amélioration est maintenue depuis ; toutefois, en dépit du même traitement appliqué à l'amygdale opposée, la guérison reste incomplète.

OBS. XVI. — M. X..., ténor, 26 ans, se plaint d'avoir constamment une gêne pour avaler, avec sentiment de constriction du côté gauche, sans pouvoir en déterminer le siège précis.

Les amygdales sont à peu près normales ; mais si l'on touche la droite avec un stylet, le malade dit immédiatement que son mal part de l'endroit touché. En regardant avec plus d'attention, on voit sur la partie médiane de l'amygdale, s'étendant d'une crypte à l'autre comme un pont, une bride que l'on déchire facilement avec le crochet. Le malade se trouve soulagé.

Quelques jours après, il revient, accusant encore une petite gêne. L'amygdale a beaucoup diminué, mais on voit, à côté de la bride disparue, un orifice béant dans lequel le crochet pénètre profondément. Elargissement de l'ouverture, issue de masses caséeuses. Soulagement immédiat et définitif. Le malade, revu au bout de six mois, est enchanté de sa guérison.

OBS. XVII. — M. X..., instituteur ecclésiastique, est très gêné pour parler. Il a des enrouements fréquents qui l'empêchent de faire sa classe.

L'amygdale droite est très grosse ; sa surface est traversée par des tractus en sens divers qui relient ensemble les piliers antérieur et postérieur, et la recouvrent comme une coque. L'ouverture et la destruction de cette coque libèrent les piliers qui peuvent maintenant se mouvoir librement. L'enrouement a disparu.

OBS. XVIII. — Mme X.., 31 ans, se plaint de ne pouvoir chanter qu'un temps déterminé ; au bout de ce temps, la voix s'enroue ; une conversation ordinaire n'altère en rien sa voix.

La malade se présente à nous avec la voix enrouée. Les deux amygdales sont un peu saillantes, rouges, et absolument soudées aux piliers postérieurs. Lorsqu'on fait émettre un son, le voile s'élève difficilement et lentement. Les cordes vocales sont blanches et saines.

On déchire quelques adhérences avec le stylet, et la malade est toute surprise, lorsqu'on lui demande si elle a souffert, de répondre d'une voix plus claire. Il a fallu huit séances pour enlever toutes les adhérences, et la malade s'en va en déclarant que sa voix ne laisse plus rien à désirer.

OBS. XIX. — (Communiquée par le Dr Lubet-Barbon). — X..., facteur des postes, spécialement préposé à appeler des numéros à l'administration centrale, vient à la clinique dans le courant de 96, parce que, au bout de quelque temps de travail, sa voix s'enroue comme s'il avait avalé de travers ; il éprouve une sensation de picotement dans la gorge, sa voix devient bitonale, et bientôt, il ne peut émettre un son.

L'aspect des cordes vocales est normal, sauf que la corde vocale gauche parait se contracter moins vigoureusement ; après quelques émissions de sons, elle reste nettement éloignée de sa congénère. Sur l'amygdale du même côté, adhérence velamenteuse entre le pilier et l'amygdale. Section de l'adhérence avec un crochet mousse, amélioration subite de la voix, et il semble que la corde vocale se rapproche plus facilement. Malheureusement, cette amélioration n'a pas résisté à la fatigue fonctionnelle.

OBS. XX (communiquée par le Dr Weismann). — Mlle R., 20 ans, se plaint de ne pouvoir chanter. L'émission de la voix est bonne au début, mais après quelques minutes la gorge se serre, les sons ne sortent plus. Le larynx est absolument normal, ainsi que le nez et le pharynx : mais l'amygdale gauche est complètement enchatonnée, l'amygdale droite adhère par deux brides au pilier antérieur.

[illegible] des adhérences [illegible] immédiate des troubles vocaux. [illegible]

[illegible] — [illegible]

[illegible]

Pendant [illegible] ment fermée ; tout le larynx était agité d'un tremblement ; les cordes s'efforçaient de maintenir leur position et leur tension, mais leur force diminuait graduellement ; elles s'élargissaient et s'amincissaient tour à tour. Par suite, le son était vacillant, tremblé, [illegible] avec déperdition d'air.

Le lendemain de la diminution des amygdales au galvano cautère, avec section des adhérences, le son était clair, vigoureux, et le miroir montrait une position normale des cordes.

3° Troubles auriculaires

OBS. XXII. — M. B., 35 ans, se plaint de craquements dans les oreilles, en avalant, et d'une gêne constante à la déglutition.

Grosses amygdales molles remplissant les loges amygdaliennes. L'introduction d'un stylet dans les cryptes qui sont vides fait cesser les craquements. Quelques discisions amènent la guérison.

OBS. XXIII. — Eugénie S., 15 ans, ressent depuis huit jours une vive douleur dans l'oreille droite ; cette douleur est continue et l'empêche de dormir la nuit. Ni bruits subjectifs, ni diminution de l'audition. Aucune altération du conduit ni de la membrane du tympan.

Adhérence vélamenteuse des amygdales aux piliers antérieurs. L'exploration de la tonsille droite avec le disciseur y fait découvrir des cryptes profondes, mais sans concrétions. On rompt en partie l'adhérence du pilier à l'amygdale droite, à l'aide du disciseur.

La douleur auriculaire s'atténue immédiatement et change de caractère : au lieu d'une douleur aiguë, ce n'est plus qu'une sensation d'endolorissement, de pesanteur dans l'oreille.

La malade revue huit jours après accuse un soulagement complet en ce qui concerne l'oreille, mais se plaint d'une grande gêne dans le côté gauche de la gorge ; la déglutition à vide est particulièrement douloureuse. L'ouverture de deux ou trois cryptes de la tonsille gauche, dans lesquelles on ne trouve d'ailleurs aucune concrétion, est suivie instantanément de la disparition de toute gêne.

OBS. XXIV (communiquée par le Dr Lubet-Barbon). — M. V., ingénieur, 45 ans. Janv. 96. Depuis une amygdalite qu'il a eue il y a un mois, M. V. se plaint d'un chatouillement constant dans le fond de l'oreille droite, et d'une sensation de bouchage de l'oreille, sans surdité.

Le conduit et la membrane sont normaux, le nez aussi. Sur l'amygdale et dans le haut de la loge on voit une petite tumeur arrondie et lisse avec un orifice cryptique très net. Le disciseur introduit dans cet orifice y pénètre facilement et quand on le retire, il sort à la suite un espèce de pus mal lié qui vide la poche et la tumeur se flétrit. En même temps disparaît la sensation de gêne auriculaire. Au bout de quinze jours, réapparition de la gêne : la tumeur s'est reformée.

Excision à la pince, cautérisation de la cavité au chlorure de zinc. Guérison.

4° Toux

OBS. XXV. — Georges D., 5 ans, a depuis trois mois une petite toux sèche, incessante, que rien n'explique, et contre laquelle tous les traitements médicaux ont été impuissants.

Les amygdales étant explorées avec un stylet coudé, on fait sortir de la gauche deux petites concrétions grisâtres, du volume d'un grain de millet, logées dans les cryptes de la partie supérieure de l'organe. Cessation immédiate de la toux qui ne se reproduit plus pendant les quinze jours suivants.

Au bout de ce temps elle réapparaît, mais avec moins d'intensité : ablation d'une concrétion qui s'est reproduite dans l'amygdale gauche ; la toux disparaît de nouveau instantanément.

OBS. XXVI. — Mlle B., 37 ans. Se plaint de gêne en chantant et de chatouillements qui provoquent des quintes de toux lorsqu'elle sent un peu de froid sur le cou, surtout à droite.

L'examen montre une adhérence de l'amygdale droite avec le pilier postérieur. La section de l'adhérence enlève la gêne pour

chanter, les quintes de toux ne se produisent plus et la sensibilité au froid a disparu.

OBS. XXVII. — M. A., 35 ans, pris fréquemment de crises de toux. L'exploration du larynx et de la trachée ne donne rien. L'attouchement des amygdales légèrement hypertrophiées reproduit exactement les quintes de toux. Deux séances de discision font disparaître la toux.

OBS. XXVIII (communiquée par le Dr Lubet-Barbon). — Mme D., 26 ans, américaine, juin 96, tousse après la moindre fatigue ou dès qu'elle a pris légèrement froid. Elle sent une gêne dans la gorge et presque aussitôt surviennent des quintes prolongées, avec sensation d'étouffement et larmoiement. Il en résulte un état de fatigue très grande. L'aspect de la gorge est normal, sauf un peu de rougeur en lisière des piliers antérieurs. Larynx et trachée normaux.

En sondant l'amygdale avec le crochet coudé on détermine une quinte de toux ; peu ou pas de cryptes, mais entre l'amygdale et le pilier antérieur, on trouve de chaque côté une masse caséeuse ; après le nettoyage de cet interstice, l'amygdale n'est plus sensible et la recherche dans les cryptes ne détermine pas le même chatouillement.

Cessation de la toux pendant quelque temps ; sa réapparition ramène la malade qui se sent si bien soulagée par ces nettoyages qu'elle les fait aujourd'hui elle-même, dès qu'elle sent que, l'espace entre le pilier et l'amygdale se remplissant, elle va être reprise de ses quintes de toux.

OBS. XXIX (communiquée par le Dr Lubet-Barbon). — J. A , 40 ans. Mai 96. Amygdalites fréquentes, avec gonflement des amygdales. Dans l'intervalle de ces poussées, les amygdales sont presque cachées derrière les piliers et leur présence ne se traduit que par des accès de toux nocturne survenant peu d'instants après que le malade a commencé à s'endormir.

Nous le voyons la première fois pendant une période aiguë ; il présente les signes objectifs d'une amygdalite phlegmoneuse de moyenne intensité, qui guérit spontanément en cinq à six jours.

Quinze jours plus tard, nous l'examinons à nouveau et nous voyons que l'amygdale des deux côtés se compose d'une série de petits nodules d'aspect cicatriciel et du volume d'un petit pois.

Un seul, plus gros et encore rouge, est situé à gauche dans l'angle supérieur des piliers. C'est le point où paraît avoir siégé sa dernière amygdalite. Avec le crochet, il est difficile d'entrer

dans les cryptes, sauf dans la région supérieure des deux côtés. Discision de ces points, résection à la pince coupante des deux oreilles formant les lèvres de la plaie produite par le disciseur. Après deux ou trois séances, cessation de la toux nocturne es amélioration des sensations de gêne dans le pharynx.

15 oct. 96. Le malade n'a pas eu d'abcès depuis le mois de mai, mais il a été repris de sa toux nocturne dans ces derniers jours.

5° Divers

OBS. XXX. — M. X., 46 ans, éprouve depuis plusieurs annés une gêne considérable dans la gorge. La moindre pression sur le cou détermine un *spasme laryngien* qui fait croire au malade qu'il va étouffer : ces accès, analogues à des ictus laryngés, sont accompagnés parfois de chute, et ont fait porter par plusieurs médecins le diagnostic probable de spasme tabétique.

Pour éviter toute pression exercée par les vêtements, le malade a fait faire des chemises très ouvertes, dont le bouton porte sur la partie supérieure du sternum. Il accuse, en outre, de la gêne pour avaler sa salive.

Larynx sain. Amygdales grosses, rouges, très tendues, avec des orifices et des adhérences aux piliers.

Après trois ou quatre séances de discision, la gêne à la déglutition disparaît et les accès de spasme cessent de se produire ; on peut serrer le cou avec une cravate sans les provoquer. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis six ans, ils n'ont pas reparu.

OBS. XXXI. — Mlle X., 23 ans, a eu de fréquents maux de gorge, et à leur suite a vu se développer à la partie moyenne et inférieure du maxillaire inférieur un *ganglion* qui a grossi peu à peu et a atteint le volume d'un petit œuf de pigeon. En même temps, elle accuse à gauche une gêne à la déglutition de la salive.

L'amygdale gauche est assez volumineuse, enchatonnée et très serrée entre les piliers. A la suite de l'exploration avec un stylet, la mère de la malade s'écrie : « mais la pomme a beaucoup diminué », et, en effet, elle a diminué de plus de moitié, en même temps que la gêne à la déglutition a presque disparu.

Après libération de l'amygdale et sa diminution à l'aide de la double curette, on ne voit plus et on ne sent plus de ganglion et le pharynx est libre.

OBS. XXXII. — Victor F., 19 ans, présente depuis sept mois une

hypertrophie des ganglions sous-maxillaires des deux côtés, mais surtout à gauche où l'un d'eux a suppuré, tandis qu'un autre est assez volumineux pour qu'un chirurgien ait proposé d'en faire l'ablation.

Ces ganglions sont durs et fermes, non douloureux à la pression et ne présentent pas de signes d'inflammation actuelle.

Le malade est sujet à de légères poussées d'angine accompagnées de douleur à la déglutition. Les amygdales, un peu augmentées de volume, sont rouges et présentent des cryptes très profondes avec quelques concrétions.

Quatre séances de discision à huit jours d'intervalle : au bout d'un mois les ganglions ont diminué de volume au point de n'être plus perceptibles à la vue ; ils ne sont plus sensibles qu'au palper.

§ I. — Symptômes.

Les troubles accusés par les malades dont nous venons de résumer l'histoire sont extrêmement variés. On peut toutefois les diviser en quatre groupes principaux : symptômes pharyngiens, troubles phonatoires, symptômes auriculaires et toux.

1° Troubles pharyngiens. — Le symptôme le plus fréquent est une gêne dans la gorge. C'est tantôt une sensation de chatouillement, de pincement, de piqûre, de tiraillement, tantôt et plus souvent une sensation de cheveu, de poil, voire de corps étranger plus ou moins pointu, tel qu'une arête, un petit os qui se serait fixé dans la gorge. Le malade en précise parfois exactement le siège à la partie latérale du cou, derrière l'angle de la mâchoire ; mais souvent aussi il indique du doigt un organe médian tel que l'os hyoïde, le larynx ou même la partie supérieure de la trachée ou de l'œsophage, comme s'il existait chez lui un certain degré de spasme pharyngo-œsophagien, une sorte de contraction permanente des muscles de la gorge. Dans quelques cas les muscles de la région latérale du cou semblent eux-mêmes gênés dans leurs contractions ; les malades éprouvent quelque peine à incliner la tête ou à la tourner et indiquent de la main toute la région sterno-mas-

toïdienne comme siège de la gêne qu'ils ressentent. La gêne ou la douleur peut être assez obsédante pour que le malade s'imagine être atteint d'un cancer, d'une affection incurable : c'est surtout dans ces cas qu'on peut voir les douleurs irradier vers la nuque, les tempes, le sternum ou bien encore s'accompagner d'un sentiment d'oppression.

Quels que soient la nature et le siège des sensations, la déglutition à vide est presque toujours troublée : au moment où elle s'opère, le malade éprouve un sentiment de constriction, d'arrêt, d'étroitesse dans la gorge, comme si celle-ci se rétrécissait subitement ; il est obligé de faire un effort et de s'y prendre à deux fois pour achever le mouvement commencé. En même temps, la sensation anomale de gêne ou de corps étranger s'exaspère ; celle-ci s'atténue au contraire lors de la déglutition des aliments : aussi les repas amènent-ils d'ordinaire un soulagemeut momentané.

2° Troubles phonatoires. — Ils consistent en une fatigue plus rapide, une grande facilité à s'enrouer et surtout un abaissement de la hauteur de la voix. Ils peuvent être peu accusés et ne devenir sensibles que si le malade élève la voix ou parle longtemps. Quelques chanteurs se plaignent uniquement d'éprouver un arrêt de la voix lorsqu'ils veulent émettre certaine note, en général toujours la même : tandis qu'ils donnent les autres notes avec leur facilité habituelle, ils éprouvent, quand ils arrivent à la note en question, une barrière infranchissable, un obstacle invincible à faire sortir le son voulu.

Chez quelques malades les troubles vocaux sont permanents ; depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, leur voix, de forte et bien timbrée qu'elle était, est devenue faible, éteinte ; ils sont incapables de chanter et ne parlent qu'avec une fatigue extrême.

Dans tous ces cas l'examen du larynx ne révèle aucune lésion : c'est à peine si l'on trouve des cordes un peu plus roses, un peu plus humides qu'elles devraient être, modifications attribuables aux efforts de phonation. Parfois il existe un certain degré de paresse des cordes vocales ou encore de *paresse du voile du palais*, qui ne se relève que lentement et lourdement,

ne s'applique qu'incomplètement à la paroi postérieure du pharynx et retombe presque aussitôt.

3° TROUBLES AURICULAIRES. — Les plus communs sont des douleurs dans l'oreille correspondante à l'amygdale lésée ; tantôt elles ne semblent être qu'une irradiation de la douleur pharyngienne, tantôt elles existent pour leur propre compte et sont indépendantes de toute souffrance éprouvée dans la gorge. La douleur s'exaspère chaque fois que le malade avale sa salive : en même temps il se produit quelquefois un bruit subjectif de claquement dans l'oreille.

Au lieu d'une véritable douleur on peut observer une simple sensation de chatouillement, de démangeaison, de corps étranger dans l'oreille. Enfin, quelques faits nous portent à croire que certains bourdonnements peuvent être d'origine amygdalienne.

4° TOUX. — *La toux amygdalienne* est connue et admise depuis trop longtemps pour que nous y insistions ici. C'est une toux sèche, quinteuse, spasmodique qui se complique parfois de réflexes de voisinage, en particulier de larmoiement. (Obs. 28). Elle est en général attribuée à l'hypertrophie des amygdales ; or, les observations que nous en rapportons montrent que cette condition n'est nullement indispensable à sa production.

Ces divers troubles sont ceux que nous avons le plus souvent rencontrés, mais il peut s'en produire de plus rares et de tout à fait inattendus. C'est ainsi que chez l'un de nos malades, la discision de l'une des amygdales fut suivie de la disparition d'une *névralgie* linguale qui durait depuis plusieurs mois. Ce fait peut être rapproché de deux observations rapportées l'une par Schmidt, l'autre par Gampert, et dans lesquelles des douleurs névralgiques de la face étaient liées à l'existence d'une amygdalite chronique. Chez un autre malade des accès de *spasme glottique* des plus inquiétants cédèrent à la discision de l'amygdale (Obs. 30).

Il faut encore rappeler les relations qui unissent certaines *adénopathies* sous-maxillaires aux lésions chroniques de l'amygdale. La disparition, après quelques séances de discision, d'une hypertrophie ganglionnaire, qui datait déjà de

plusieurs mois (Obs. 31 et 32) est un fait d'autant plus intéressant qu'un certain nombre d'adénopathies cervicales nous semblent justiciables d'un traitement analogue.

§ II. — **Lésions**.

Les lésions ou les anomalies amygdaliennes auxquelles nous ont paru liés les troubles précédents sont multiples.

1° Adhérences staphylo-amygdaliennes. — Les adhérences de l'amygdale se font avec le pilier antérieur ou avec le postérieur.

a). Les adhérences au pilier *antérieur* ne sont qu'une exagération d'un état normal, car on sait par les descriptions classiques que l'amygdale est libre sur tout son pourtour sauf au niveau du tiers inférieur de son bord antérieur qui est uni au pilier correspondant. Les soudures anomales peuvent se réaliser dans toute la hauteur de ce bord ou dans ses deux tiers inférieurs ; plus rarement ils portent sur la partie supérieure de l'organe dont le tiers moyen reste libre.

b) Les adhérences au pilier *postérieur* revêtent ordinairement un aspect un peu différent. Ce sont de petites brides celluleuses soulevant la muqueuse sous forme de plis transversaux dans le sillon vertical qui sépare l'amygdale du pilier ; ou bien encore c'est une sorte d'aileron se détachant de l'extrémité inférieure de la tonsille et allant rejoindre le pilier très bas, simulant une sorte de pilier rudimentaire interposé aux deux autres. Dans des cas plus rares, l'adhérence, plus étendue et plus intime, s'opère de la même façon que les adhérences au pilier antérieur : le bord postérieur de l'amygdale apparaît alors soudé sur une plus ou moins grande partie de sa hauteur avec le pilier dans lequel il semble enclavé, si bien que la limite entre la tonsille et le pilier est fort difficile à distinguer.

c) L'amygdale peut se souder à l'un des piliers isolément ou aux deux à la fois. Dans ce dernier cas la tonsille, adhérente sur tout son pourtour, enchatonnée, est bridée dans sa loge ; pour peu qu'elle se tuméfie, elle repousse les piliers en avant

et en arrière sans pouvoir se développer vers la ligne médiane. Vient-on à rompre ces adhérences, elle fait immédiatement saillie hors de sa loge trop étroite.

D'autres fois le travail adhésif aboutit à la production d'une véritable néomembrane parcourue d'arborisations vasculaires, qui se détache du pilier antérieur pour aller rejoindre le postérieur en masquant à la façon d'un voile (*adhérence vélamenteuse*) le tiers ou la moitié inférieure de la tonsille à laquelle elle adhère : il en résulte une synéchie des deux piliers et de l'amygdale.

Ces diverses variétés d'adhérences sont uni-ou bilatérales. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare qu'elles soient symétriques : c'est le cas habituel des adhérences vélamenteuses.

La solidité des tissus qui unissent l'amygdale aux piliers est assez variable. Tantôt ils se laissent déchirer sous l'influence d'une traction légère, tantôt ils présentent la résistance de véritables tissus fibreux. Parfois ils sont parcourus par des vaisseaux d'un volume assez notable pour donner lieu à une petite hémorrhagie, lors de leur rupture.

L'examen d'un grand nombre de malades permettrait seul d'évaluer avec quelque précision la fréquence de ces adhérences. Il suffit de savoir qu'elles sont très communes ; car sur soixante malades, souffrant ou non de la gorge, examinés systématiquement à ce point de vue, nous en avons trouvé seize, soit un peu plus d'un quart, qui présentaient de ces anomalies.

L'étiologie des processus adhésifs n'est pas toujours facile à saisir. Les adhérences paraissent se développer lentement, insensiblement, sans provoquer de symptômes fonctionnels qui permettent de fixer le début de leur apparition : le jour où elles déterminent des troubles, on les trouve tout installées avec le caractère de lésions d'ancienne date. Il est cependant permis de supposer que les poussées inflammatoires de l'amygdale, auxquelles peu de personnes échappent et qui s'accompagnent si communément de lésions analogues des piliers, sont aptes à provoquer soit d'emblée, soit à la longue et par leur répétition des adhérences palato-tonsillaires ; il en est de même des abcès amygdaliens, incisés ou non, et, à plus forte raison,

de toutes les interventions sur l'amygdale susceptible de s'accompagner de traumatisme des piliers (ignipuncture, ablation, etc.).

Ces lésions locales représentent vraisemblablement l'origine de beaucoup d'adhérences : elles ne paraissent cependant pas être l'unique mécanisme de leur formation. Bon nombre de malades qui en sont atteints affirment, en effet, n'avoir jamais eu le moindre mal de gorge, et, d'autre part, on les rencontre chez des enfants dont le jeune âge, à défaut d'interrogatoire, permet d'exclure l'idée d'une plus ou moins longue série d'amygdalites. Aussi est-il rationnel de penser que, si certaines adhérences résultent d'un travail pathologique, un bon nombre sont d'origine congénitale et représentent de simples anomalies [1].

2° Brides fibreuses. — Plusieurs fois les symptômes dont se plaignaient nos malades ont cédé à la rupture de petites bandes de tissu fibreux étendues d'un point à un autre de l'amygdale et bridant les tissus sous-jacents. Vient-on à déchirer une telle bride, les deux lèvres de la plaie baillent et

[1] Sur 16 fœtus, nés avant terme, mis à notre disposition à la clinique Baudelocque par notre ami le Dr Wallich, nous avons observé une conformation presque constante du pilier antérieur qui donne la clef de certaines adhérences. Tandis que le pilier postérieur se présente sous l'aspect d'un ruban d'un blanc opaque de même constitution sur toute sa hauteur, le pilier antérieur plus mince et plus aplati s'étale dans sa partie inférieure, où ses différentes fibres, visibles par transparence sous la muqueuse, divergent en éventail : les plus internes se dirigent obliquement en bas et en arrière vers le pilier postérieur, en décrivant une courbe à concavité supérieure qui ferme en bas la loge amygdalienne. Suivant les sujets, ces fibres se détachent plus ou moins haut de la masse du pilier. Au moment de la naissance, les plus élevées sont au contact du bord inférieur de l'amygdale, qui n'est encore qu'ébauchée. Or si l'on suppose que dans les mois qui suivent la naissance, au moment où l'amygdale prend un plus grand développement, son extrémité inférieure s'insinue au-dessous de ces fibres obliques ou que celles-ci soient très développées ou très élevées, les choses seront toutes préparées pour l'établissement d'une de ces adhérences vélamenteuses qu'un travail pathologique explique difficilement. On aura alors affaire, non pas à une adhérence congénitale au sens propre du mot, mais tout au moins à une adhérence résultant d'une disposition congénitale et développée pendant les premières semaines ou les premiers mois de l'existence. Tel nous paraît être le cas de l'adhérence habituelle du bord antéro-inférieur de l'amygdale au pilier correspondant.

M. B.

s'écartent, les tissus se déplissent, se décongestionnent : il n'est même pas rare qu'une amygdale grosse et tuméfiée, hypertrophiée en apparence, s'affaisse pour ainsi dire instantanément après la disparition de la bride.

Les lésions peuvent être beaucoup plus accusées : la tonsille est alors parcourue en tous sens par des bandes de tissu fibreux qui la lobulent et lui donnent un aspect rappelant celui des foies dits ficelés. Ces bandes fibreuses semblent appliquer l'amygdale contre la paroi externe de sa loge, si bien que l'organe se dissimule entre les piliers. En l'attirant vers la ligne médiane, on constate que sa surface irrégulière, bosselée, présente çà et là des lobes saillants de volume très inégal, séparés par des sillons plus ou moins profonds. On est souvent surpris du volume encore considérable que présente ces amygdales sclérosées. D'autres fois cependant, elles sont réellement petites, ratatinées, comme ramassées sur elles-mêmes.

Dans l'un ou l'autre cas, mais surtout dans le second, que l'organe soit rétracté dans quelques-unes de ses parties ou dans sa totalité, il semble que les tissus voisins subissent le contre-coup de ce processus, soient attirés vers la tonsille dans ce mouvement de rétraction et que, par ce fait, ils soient plus tendus, moins souples et moins mobiles. Si l'on essaie d'attirer l'amygdale en dedans, en avant, en arrière, on voit les piliers suivre chacun de ces mouvements, bien qu'ils ne soient pas soudés à la glande et qu'ils en soient objectivement indépendants : c'est que la muqueuse qui passe des piliers à l'amygdale est anomalement tendue et se trouve par suite privée d'une partie de son élasticité.

3° Lésions de l'excavation sus-amygdalienne. — Une anomalie qui échappe souvent à un examen superficiel est l'hypertrophie de l'extrémité supérieure de la tonsille qui, s'insinuant au-dessous de l'angle de séparation des deux piliers, remplit l'excavation sus-amygdalienne dont elle distend plus ou moins les parois. Elle peut exister sans que le reste de l'organe soit augmenté de volume et n'est parfois découverte que par hasard : en cherchant à disciser l'amygdale et en l'attirant en dedans, on voit son extrémité supérieure hypertrophiée sortir de la fossette sus-amygdalienne et venir en

quelque sorte faire hernie au dehors ; si l'on cesse la traction, le prolongement supérieur de la tonsille disparaît de nouveau sous l'angle de séparation des deux piliers. Souvent aussi ce prolongement contracte des adhérences avec les parois de l'excavation sus-amygdalienne. Si l'on essaie de l'attirer par en bas on voit la portion correspondante du voile du palais s'abaisser sous l'effort de la traction sans qu'on arrive à dégager l'extrémité supérieure de la tonsille.

Dans cette extrémité hypertrophiée on trouve des lacunes parfois très profondes, qui peuvent renfermer des concrétions plus ou moins volumineuses. Il arrive encore que des produits caséiformes (produits de desquamation ou de sécrétion) séjournent en cette région, non plus dans les cavités cryptiques, mais à la surface de la glande entre celle-ci et les parois de la fossette sus-amygdalienne ; car si à l'état normal cette excavation présente une disposition peu favorable, vu la situation déclive de son ouverture, à la rétention de ces produits, il n'en est plus de même à l'état pathologique lorsque son orifice et une partie de sa cavité sont comblés par le tissu amygdalien.

4° Amygdalite lacunaire chronique. — Les lésions de l'amygdalite lacunaire choronique ont été trop souvent étudiées pour que nous y insistions. Ce sont celles qui *provoquent le plus volontiers les divers troubles* que nous avons énumérés plus haut. Le seul fait intéressant à signaler c'est que, pour produire ce résultat, il n'est nullement besoin que ces lésions soient intenses ni étendues : l'inflammation d'une crypte isolée, une petite concrétion intra-lacunaire du volume d'une tête d'épingle dont aucune modification apparente de l'amygdale ne révèle la présence et qu'on découvre seulement après une exploration minutieuse et systématique avec le stylet, peut suffire à causer une gêne des plus prononcées.

5° Lésions indéterminées. — A côté de ces lésions, plus ou moins accusées, mais toutes nettes et évidentes, il en est de si minimes qu'elles sont, pour ainsi dire, insaisissables. Nous faisons allusion aux cas où il nous a suffi de passer un crochet dans une crypte ou dans l'excavation sus-amygdalienne pour soulager le malade immédiatement et d'une façon

durable, sans cependant que, par cette manœuvre, nous ayons fait sortir de la cavité explorée aucun corps étranger, aucune concrétion de volume appréciable. Il n'est cependant pas douteux que, dans ces cas, le point touché est le siège d'une lésion particulière, distincte de celles qu'on peut rencontrer dans les parties voisines, car l'exploration de ces dernières ne modifie en rien la sensation éprouvée, tandis que celle-ci disparaît dès que l'instrument a porté sur le point en question.

On peut supposer qu'il s'agit dans ces cas d'une irritation locale produite par la présence d'un très petit corps étranger ou par la rétention dans une crypte d'un léger exsudat trop concret pour être éliminé ou s'y trouvant emprisonné par un rétrécissement de l'orifice lacunaire. Il est certain en effet qu'à côté de l'amygdalite lacunaire caséeuse typique, il y a place pour toute une série de lésions cryptiques d'intensité décroissante dont la plus minime peut se localiser sur une seule crypte à l'exclusion des autres.

Il est intéressant de rechercher s'il existe une relation entre le siège et la nature de la lésion d'une part et la variété des troubles observés de l'autre. En ce qui concerne la nature de la lésion : adhérence, bride, prolongement sus-amygdalien, etc., il ne semble pas qu'elle ait d'influence déterminante sur la variété du symptôme accusé. Par contre, il existe un rapport non douteux entre le siège de la lésion et certains troubles : c'est ainsi que les phénomènes auriculaires, en particulier les douleurs, sont presque toujours liés à la présence d'altérations du pilier postérieur ou des régions voisines (adhérences, inflammation ou concrétion d'une crypte voisine de ce pilier, etc.). Les modifications de la voix peuvent également tenir à des lésions du pilier postérieur, mais souvent aussi elles nous ont paru liées à la réplétion de la fossette sus-amygdalienne par l'extrémité supérieure de la tonsille. Quant aux troubles de la déglutition nous les avons vus accompagner indifféremment l'une ou l'autre des lésions que nous avons signalées.

§ III. — Pathogénie.

La plupart des lésions et des anomalies précédemment étudiées sont des altérations extrêmement communes que l'on peut rencontrer dans la gorge d'une foule de gens n'éprouvant aucune gène. Elles ne s'accompagnent de troubles que dans certaines conditions qu'il s'agit de préciser. Voyons d'abord comment on peut expliquer leurs effets chez les individus qui en souffrent ; nous chercherons ensuite à expliquer pourquoi ces effets sont inconstants.

Les troubles en question nous paraissent tous justiciables d'une même interprétation pathogénique : ils sont dûs à un *obstacle mécanique* apporté par l'amygdale au fonctionnement normal des muscles du voisinage, muscles qui lui forment une véritable sangle dont les contractions sont rendues imparfaites et parfois douloureuses.

Ce mécanisme a été invoqué par Michel (de Cologne) pour expliquer les *modifications de la voix* consécutives aux soudures des amygdales aux piliers postérieurs. Pour parler et chanter il est nécessaire que le voile, en particulier son arc postérieur, soit tout à fait mobile. Le larynx et le voile sont en effet solidaires. Le muscle pharyngo-staphylin, inclus dans le pilier postérieur, possède un faisceau thyroïdien qui concourt à tendre les cordes vocales en attirant le catilage thyroïde en haut et en le faisant basculer en avant. Si ce faisceau thyro-staphylin est gêné dans ses contractions, le mouvement d'élévation du thyroïde ne peut plus se produire et par suite la tension des cordes et la fermeture de la glotte sont incomplètes. Or, lorsque l'amygdale est soudée à l'arc palatin postérieur, celui-ci doit l'entraîner en haut à chaque intonation, ce qui, dans les sons aigus surtout, où l'élévation du voile est extrême, produit une distension, une contraction violente et par suite une fatigue des muscles staphylins. Une pathogénie analogue est applicable aux troubles vocaux consécutifs à la distension de l'excavation sus-amygdalienne par la tonsille hypertrophiée : il y a là encore un obstacle au libre fonction-

nement des muscles inclus dans les piliers qui sont refoulés et tiraillés.

Les *bruits subjectifs* et la surdité, qui nous ont paru quelquefois liés à de petites lésions amygdaliennes, pourraient être considérés comme la conséquence de la parésie du péristaphylin externe et de l'aération imparfaite de la caisse, les contractions de ce muscle n'étant plus assez énergiques pour entr'ouvrir la trompe à chaque mouvement de déglutition. Enfin, la *sensation de corps étranger* ou la difficulté de la déglution accusée par certains malades doit peut-être être attribuée aux efforts faits par les muscles du pharynx pour compenser l'élévation insuffisante du voile du palais plus ou moins parésié.

Les *sensations douloureuses* qui accompagnent parfois les contractions musculaires doivent être rapportées à la compression et à la distension des tissus plus ou moins altérés (adhérents, congestionnés, enflammés). La multiplicité des rameaux nerveux de la région et leurs nombreuses anastomoses expliquent pourquoi la sensation ne reste pas toujours localisée au point malade, mais irradie parfois à une distance plus ou moins grande : les douleurs d'oreilles s'expliquent probablement par les relations que le pneumo-gastrique et le trijumeau, comme nerfs palatinset pharyngiens, affectent directement ou par l'intermédiaire du ganglion otique, avec le conduit et la caisse. On peut les provoquer en quelque sorte expérimentalement chez certains malades qui, à chaque discision de leur amygdale, portent la main à l'oreille et l'y maintiennent appliquée pendant quelques instants. Les piliers postérieurs semblent particulièrement riches en filets nerveux ; ils représentent en tout cas la région la plus sensible de l'isthme du gosier : les lésions ou les opérations qui portent sur eux ou sur les tissus adjacents sont certainement les plus pénibles et celles où la douleur dure le plus longtemps.

Ces sensations douloureuses sont éveillées d'autant plus facilement par les mouvements de déglutition que les tissus sont préalablement congestionnés ou enflammés ; et de fait, il est commun qu'un mal de gorge plus ou moins léger, plus ou moins fugace, ait précédé de quelques jours ou même accompagne l'éclosion des troubles dont se plaint le malade. C'est

sans doute dans le rôle des *poussées congestives* ou inflammatoires qu'il faut chercher la cause la plus ordinaire de l'inconstance et de l'intermittence des troubles fonctionnels. Ce sont en effet ces poussées qui, en augmentant le volume de l'amygdale et la tension des tissus, viennent fournir aux anomalies préexistantes qui, sans cette circonstance seraient restées latentes, l'occasion de se traduire par des symptômes fonctionnels.

Les poussées congestives généralisées à toute l'amygdale nous fournissent un exemple typique de cette influence. Si l'amygdale tuméfiée adhère aux piliers, on la voit, au lieu de se développer librement en tout sens, en particulier dans la ligne médiane, rester encastrée dans sa loge, refouler les piliers en avant et en arrière et entraver leur fonctionnement : elle devient une source de gêne à la faveur des adhérences qui se trouvent ainsi mises en évidence. Un résultat analogue peut être produit par des poussées congestives moins étendues : localisées à une portion plus ou moins circonscrite de la tonsille, de l'excavation sus-amygdalienne ou des piliers, elles nous paraissent jouer un rôle des plus importants dans la révélation fonctionnelle de lésions préexistantes.

Ces poussées sont le résultat d'infections locales favorisées par ces lésions mêmes : c'est ainsi qu'entre l'amygdale et un pilier adhérent, il se constitue le plus souvent un diverticule, un cul-de-sac profond de plusieurs millimètres, d'un centimètre ou même plus, dans lequel les produits de desquamation et de sécrétion de la muqueuse, ainsi que les microbes de la bouche, sont exposés à s'accumuler et à provoquer de temps en temps une petite poussée inflammatoire. De même encore nous avons vu plus d'une fois des troubles fonctionnels être liés à la distension ou à l'inflammation d'une crypte dont le contenu ne pouvait se déverser au dehors, l'orifice de la cavité lacunaire se trouvant obturé par la soudure du pilier à la tonsille ; c'est ce qui se produit assez souvent en cas d'adhérence vélamenteuse du pilier antérieur : on a alors affaire à un cas particulier d'amygdalite lacunaire dont le diagnostic et le traitement ne sont possibles qu'après rupture de l'adhérence ; le rôle mécanique de cette dernière dans le

développement des phénomènes inflammatoires est ici évident.

Il faut voir encore une preuve de l'influence réciproque des lésions préexistantes et des poussées congestives ou inflammatoires dans le fait déjà signalé plus haut que la rupture d'une petite bride fibreuse à la surface de l'amygdale est parfois suivie d'un affaissement immédiat de toute la glande. Enfin, si ce n'est pas accorder aux poussées congestives locales un trop grand rôle dans l'apparition des troubles fonctionnels, ne pourrait-on pas attribuer à l'action vaso-constrictive de la cocaïne, la propriété que possède cette substance de faire disparaître parfois les sensations subjectives de corps étranger du pharynx ou du larynx, ainsi que l'un de nous l'a montré dans un travail antérieur (1)?

Il n'y a pas d'ailleurs que le développement de tuméfactions locales avec hypertension des tissus qui soit capable d'expliquer l'apparition de symptômes fonctionnels au cours de lésions qui, jusque là, n'avaient donné lieu à aucun trouble. Un résultat analogue peut être produit par un mécanisme inverse : lorsqu'une amygdale depuis plus ou moins longtemps adhérente aux piliers, par exemple, diminue de volume, se sclérose, s'atrophie au point de se réduire, comme on le voit parfois, à une sorte de moignon cicatriciel, on conçoit qu'en se rétractant elle attire à elle les piliers auxquels elle est solidement unie et dont elle gêne d'autant plus les mouvements qu'elle se rétracte davantage.

C'est ainsi qu'on peut voir sous l'influence de la tuméfaction ou de la rétraction de la tonsille ou d'une portion limitée de celle-ci, des malades accuser des troubles récents imputables à des anomalies ou à des lésions fort anciennes.

§ IV. — Diagnostic.

Il consiste à reconnaître : 1° l'existence d'une lésion de l'amygdale ; 2° sa relation avec les troubles accusés par le malade.

(1) A. Martin. Sensat. de corps étrang. du phar. et du lar. supprimées par l'act. de la cocaïne. *Arch. intern. de laryngol.* 1893. N° 2, p. 89.

La simple inspection de la gorge est insuffisante pour reconnaître les altérations peu prononcées dont il s'agit : il ne faut pas seulement regarder, il faut explorer. Un examen superficiel permet tout au plus de soupçonner l'existence d'une adhérence au pilier antérieur, d'un prolongement sus-amygdalien, etc.. Pour se rendre compte de l'étendue, de la solidité d'une adhérence, il faut se servir d'un stylet recourbé à son extrémité que l'on introduit de haut en bas ou de bas en haut, selon le siège de la lésion, entre la tonsille et le pilier. Cette recherche exige parfois une grande attention : certaines adhérences peu étendues, en particulier celles du pilier postérieur, ne deviennent visibles que si l'on attire l'amygdale en dedans et en avant à l'aide d'un crochet ou lorsqu'on fait émettre un son, c'est-à-dire au moment où le voile du palais se contracte. C'est encore avec le crochet à discision qu'il faut explorer les différentes cryptes et l'excavation sus-amygdalienne.

En cas d'hypertrophie de l'extrémité supérieure de l'amygdale il n'est pas rare qu'à une simple inspection la gorge paraisse normale : les piliers ont leur couleur rose habituelle, les amygdales ne font aucune saillie et ne présentent pas trace d'inflammation, les parois latérales et postérieures du pharynx sont normales, si bien qu'on est tenté d'innocenter la gorge et de traiter d'imaginaires les sensations accusées par le malade. Or, si, au lieu de se contenter de cet examen sommaire, on déprime le pilier antérieur avec un stylet, on peut déjà constater que l'amygdale présente un volume plus considérable qu'on ne croyait au premier abord ; si, poursuivant l'exploration on saisit l'amygdale avec un crochet pour l'attirer en dedans, on est tout surpris de voir se dégager de l'excavation sus-amygdalienne une masse parfois énorme qui vient s'étaler en quelque sorte sous les yeux.

Il est le plus souvent difficile d'affirmer *a priori* l'existence d'une relation entre la lésion observée et les symptômes subjectifs. Quelquefois cependant on est guidé par les renseignements fournis par le malade qui, au cours de l'exploration, déclare que son mal part de l'endroit touché.

Lorsque ce genre de donnée fait défaut, ce n'est que par

tâtonnements qu'on arrive à découvrir la lésion précise qui est l'origine des troubles fonctionnels : on ouvre vainement une ou plusieurs cryptes, on détruit sans résultat une adhérence, pour en arriver enfin à rompre une petite bride dont la section amène un soulagement immédiat : on fait alors à la fois le diagnostic et le traitement.

Lorsque les divers modes de traitement que nous indiquons plus loin ne donnent pas de résultat positif, il faut chercher ailleurs la cause du mal. On ne saurait prétendre, en effet, que le genre de troubles auxquels nous avons fait allusion dans cette étude, relève constamment de lésions des amygdales palatines. Nous ne doutons pas qu'ils puissent trouver leur origine dans des altérations analogues des amygdales linguale ou pharyngienne ou des parties voisines (bourrelet de pharyngite latérale, etc.).

§ V. — **Traitement.**

Les diverses lésions que nous avons décrites sont inaccessibles aux moyens médicaux. Leur traitement est donc purement *chirurgical*. Il consiste à modifier soit l'amygdale elle-même, soit les causes qui la rendent gênante.

Jusqu'ici on s'est surtout attaché à faire disparaître les lésions ou les anomalies que l'on croit devoir rendre responsables des troubles observés. Cette façon de faire, très logique à coup sûr, n'est malheureusement pas toujours pratique : souvent aussi elle est infidèle.

En ce qui concerne les altérations lacunaires, la discision est le procédé qui donne les meilleurs résultats ; le manuel opératoire en a été exposé par Gampert dans sa thèse : nous n'y reviendrons pas.

Pour détruire les brides fibreuses et les adhérences, on a le choix entre diverses méthodes : la déchirure, la section, la cautérisation. Lorsque les tissus à détruire offrent peu de résistance, on les déchire avec un crochet mousse : l'opération est peu douloureuse et ne s'accompagne que d'un écoulement de sang insignifiant. Lorsque les brides ou les adhérences sont étendues et résistantes, il est impossible de les rompre

par une simple distension : il faut alors, soit les sectionner avec un instrument tranchant, soit les détruire au galvano. Des instruments en forme de faulx ou de serpette (Ruault), des ciseaux courbes ou coudés à angle droit (Lermoyez) ont été construits à cet usage : ils permettent d'atteindre plus ou moins aisément le but poursuivi ; mais leur emploi est souvent très douloureux ; il présente en outre l'inconvénient d'exposer à une hémorrhagie qui, sans être redoutable, est parfois assez prolongée pour inquiéter le malade. Le galvanocautère à extrémité recourbée met à l'abri de cette complication, mais il provoque une réaction consécutive qui peut être fort vive et fort pénible.

Quoiqu'il en soit, qu'on adopte l'un ou l'autre de ces instruments, le mode opératoire est le même ; la serpette coupante, l'extrémité recourbée du galvano, l'une des branches des ciseaux est introduite au-dessous des tissus à sectionner, entre l'amygdale et le pilier adhèrent par exemple, puis attirée vers la ligne médiane de façon à agir de dehors en dedans, sans danger de blesser le faisceau vasculo-nerveux en rapport avec la paroi latérale du pharynx.

Pour rendre l'opération moins douloureuse, il est bon de badigeonner au préalable la partie à détruire avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au vingtième ou au dixième : on se servira à cet effet d'un tampon suffisamment exprimé pour que l'action de la solution reste limitée au point à toucher. Quant à la douleur qui succède à l'intervention, elle est atténuée par l'usage de gargarismes froids et légèrement antiseptiques ou par la succion de petits fragments de glace. Plusieurs séances sont parfois nécessaires pour faire disparaître la totalité des brides ou des adhérences.

Lorsque les lésions sont détruites, la tâche du médecin n'est pas terminée ; il faut les empêcher de se reproduire, œuvre souvent plus difficile que la précédente. On a conseillé dans ce but de passer un stylet à plusieurs reprises entre les deux lèvres de la plaie pendant les quinze jours qui suivent la petite opération ; on peut encore cautériser l'une de ces lèvres en y portant une perle de nitrate d'argent ou une pointe de galvano, de façon à ce que, le travail de cicatrisation se faisant en des

temps différents sur chacun des bords de la plaie, ceux-ci soient mis dans l'impossibilité de se souder à nouveau. A la vérité, ces moyens sont imparfaits et l'on voit souvent les adhérences ou les brides renaître, quelque effort que l'on fasse pour s'opposer à leur reproduction.

Cette tendance à la reproduction est une des causes qui nous font préférer, dans bon nombre de cas, aux procédés usités jusqu'ici une méthode différente et qui répond, mieux que les précédentes, à toutes les indications. Nous partons de ce principe qu'on peut rendre responsable des troubles observés, ainsi que nous y autorise leur pathogénie probable, non plus telle ou telle lésion, mais l'amygdale elle-même agissant mécaniquement à la façon d'un corps étranger. Que la gêne soit produite par une amygdale adhérente, par une amygdale partiellement hypertrophiée, localement congestionnée, etc., peu importe, elle est toujours due à l'amygdale.

Or, on conçoit *a priori* que si l'on diminue le volume de cette dernière, on diminue du même coup la gêne mécanique qu'elle provoque. Pour obtenir cette réduction de volume on pourrait s'adresser aux pointes de feu ; mais celles-ci auraient entre autres inconvénients, celui-ci de causer la formation de brides ou d'îlots de tissu fibreux qui pourraient ultérieurement servir de points d'appel à de nouveaux troubles. Nous préférons réduire le volume de l'organe en enlevant une portion de tissu en pleine amygdale : sous l'influence de cette perte de substance, la tonsille, qui était plus ou moins tiraillée, s'entr'ouvre, pour ainsi dire, s'étale ; les tissus se détendent subitement, les piliers reprennent leur liberté et toute gêne mécanique disparaît.

A cet effet, nous nous servons d'une double curette montée sur une tige rectiligne ou mieux courbée à angle obtus sur le manche rétracteur. On peut adapter à la même tige des curettes emporte-pièce de volume et de forme différents, de façon à ce que les divers points de l'amygdale leur soient accessibles. Avec cet instrument on enlève une portion de tissu amygdalien aussi limitée qu'on le désire. Grâce à lui, la section des adhérences devient le plus souvent inutile : il suffit, en effet, de faire disparaître la partie de la tonsille qui

adhère, ou même plus simplement de déterminer avec la curette une perte de substance en plein centre de l'amygdale, pour rendre aux piliers leur liberté et faire cesser tout tiraillement musculaire. Ce procédé nous paraît particulièrement appelé à rendre des services dans les cas où l'amygdale se trouve, non pas seulement juxtaposée et soudée au pilier postérieur, mais y est en quelque sorte incluse, si bien qu'on ne saurait détruire la lésion sans blesser le pilier.

On peut, par ce moyen, évider, au besoin, tout ou partie de la loge amygdalienne, opérer en quelque sorte le *curettage* de cette loge, sans perte de sang notable, sans réaction vive, et sans crainte de blesser les parties voisines, puisque à chaque prise on peut, avant de fermer l'instrument, contrôler par la vue la nature des tissus saisis entre les mors de la curette. L'emploi de gargarismes légèrement phéniqués ou plus simplement à l'eau bouillie, constitue tout le traitement consécutif.

Y a-t-il quelque inconvénient à réduire ainsi le volume d'une amygdale, même non hypertrophiée ? Nous n'en voyons aucun. Sans doute la théorie veut, surtout depuis la découverte de la phagocytose, que le tissu amygdalien joue un rôle physiologique qui ne soit nullement négligeable : c'est là une satisfaction accordée à notre esprit qui a peine à concevoir un organe sans fonction. Mais la pratique ne s'accommode pas toujours des idées préconçues et, pour peu qu'on ait l'occasion d'observer, on se voit amené à reconnaître que les amygdales sont avant tout, pour une foule de sujets, une source de tourments et d'ennuis continuels. Nous saurions d'autant moins hésiter à en enlever un ou plusieurs fragments qu'avec les procédés actuels, leur ablation, même totale, ne comporte aucune conséquence grave : à ce point de vue encore, il n'est pas d'objection à cette opération qui ne soit purement théorique.

L'un des principaux reproches que l'on faisait jadis à l'amygdalotomie, était de produire des troubles de la voix : aussi était-ce une opinion solidement établie et fidèlement transmise parmi les chanteurs qu'ils ne devaient jamais laisser toucher à leurs amygdales. A dire vrai, les chanteurs

n'avaient alors pas tout à fait tort : l'amygdalotomie, pratiquée avec les divers instruments usités jadis, s'accompagnait communément de blessure des piliers ; or, nous avons vu que les piliers, en particulier les postérieurs, sont les points les plus sensibles de l'isthme du gosier et que tout obstacle apporté à leur fonctionnement retentit sur la phonation. Les modifications de la voix étaient donc imputables, non pas à la disparition de l'amygdale, mais aux lésions des piliers. Or, on sait qu'aujourd'hui l'emploi de l'anse galvanique et surtout celui de la pince emporte-pièce de Ruault permettent d'éviter cet inconvénient ; on l'évitera encore plus sûrement avec les doubles curettes qui constituent des instruments de précision en comparaison de ceux dont nous venons de parler.

En résumé, les amygdales palatines paraissent être l'origine de troubles extrêmement variés que l'on ne songe généralement pas à rapporter à leur véritable cause, parce que les lésions ou les anomalies qui en favorisent l'éclosion sont, ou bien si légères qu'elles passent inaperçues, ou bien si communes qu'on ne croit pas devoir y attacher d'importance.

Qu'il s'agisse de troubles sur place ou de troubles à distance, et pouvant être interprétés comme phénomènes réflexes, leur origine première nous paraît résider dans une gêne mécanique produite par l'amygdale. Tantôt cette gêne cède à la simple introduction d'un stylet dans une crypte, à l'ouverture d'une lacune, à la rupture d'un petit pont fibreux, tantôt elle réclame un traitement un peu plus compliqué, tel que la destruction d'une adhérence. Dans bien des cas nous avons obtenu un excellent résultat en remplaçant le traitement des lésions ou des anomalies qui pourraient être l'origine des troubles par l'ablation d'une portion de tissu opérée en pleine amygdale : ce mode de traitement, qui permet aux tissus amygdaliens et périamygdaliens plus ou moins bridés, de se détendre et de reprendre leur liberté, est souvent plus pratique sans être moins rationnel que les autres méthodes.

IV

LE CHAMP AUDITIF DANS L'ESPACE CONTRIBUTION A LA PHYSIOLOGIE DE L'ORGANE DE L'OUIE

Par **A. LUZZATI**, directeur de la Section Otologique de la Polyambulance de Turin.

On remarquera une chose assez étrange, c'est que depuis longtemps déjà le champ visuel a été l'objet d'une étude minutieuse poussée jusqu'à ses dernières limites, de sorte qu'il est entré à présent dans la pratique journalière de tout oculiste qui se respecte ; tandis que personne n'a essayé, pour l'organe de l'ouïe, de chercher s'il existe dans l'espace, un champ auditif qui ait une analogie si éloignée qu'elle soit avec le champ visuel. C'est seulement l'année dernière que le Dr Masini dans la *Gazzetta medica degli Ospitali*, publia un petit article intitulé : « Le champ auditif », dans lequel sont décrites quelques expériences entreprises pour déterminer avec un instrument analogue au périmètre l'extension de la perception auditive pour les différents diapasons. Le Dr Masini n'a cependant exposé que sa méthode de recherches, promettant de communiquer plus tard ses conclusions quand il traitera des applications de la méthode au diagnostic des maladies de l'oreille. Dans le courant de la même année et sans connaître les expériences du Dr Masini, j'entrepris une série de recherches sur des individus normaux afin de me rendre compte de l'existence ou de l'absence d'une espèce de champ auditif.

Je ne voudrais pas que ce nom de champ auditif fit croire que j'entends sous cette appellation une analogie de signification, soit physiologique, soit clinique avec le champ visuel. Il est évident que le mode de transmission des ondes sonores à travers les divers milieux qui doivent le conduire à l'appareil central de perception est trop différent de celui par lequel les rayons lumineux doivent être conduits à la rétine, pour que, s'il existe, le champ auditif puisse être comparé pour son importance et pour sa signification au champ visuel. Tandis que

dans l'œil, la rétine reçoit directement à travers les milieux transparents l'image des objets, qu'elle transmet aux centres sensitifs cérébraux, dans l'organe de l'ouïe la transmission des sons se fait, en outre de la voie osseuse, principalement par la membrane tympanique et les osselets dont la fonction est tout à fait différente de celle de la rétine et qui sont destinés à transmettre secondairement les vibrations à l'appareil de perception.

L'instrument dont je me suis servi pour mes recherches est très simple. Il consiste principalement en une tige rectiligne, de bois ou de métal, longue de 1,50 à 2 mètres graduée en centimètres, et dont la partie moyenne tourne autour d'un pivot, de sorte qu'elle peut décrire un cercle entier dans le plan vertical et prendre une position quelconque. Un soutien vertical, qui peut s'élever ou s'abaisser, permet de changer à volonté la hauteur à laquelle se trouve la tige. Sur cette dernière enfin, est placée une petite boîte mobile, dans laquelle est fixée la source du son, qui dans le cas actuel était une petite montre à battements faibles, régulièrement perceptibles à deux mètres de distance sur l'axe du conduit auditif externe.

Comme il s'agissait essentiellement d'obtenir un son qui se conservât relativement constant pendant toute la durée des expériences, et qui ne présentât pas de variations dépendant de la manière dont il était plus ou moins artificiellement produit, il est naturel que j'aie accordé la préférence à la montre plutôt qu'au diapason dont s'était servi le Dr Masini. Certainement que si le choix du diapason à l'avantage de donner une plus grande variété de sons, ce qui ne m'était pas nécessaire, il se heurte toujours à un obstacle habituel : on peut difficilement obtenir que les sons vibrent constamment avec la même force, même avec la meilleure méthode, qui est celle proposée par le Dr Corradi, de Vérone.

L'individu soumis à l'examen était placé sur une chaise à une distance moyenne de 40 centimètres de l'appareil, de façon que son pivot correspondît parfaitement à l'axe du conduit auditif externe, la tête appuyée contre un soutien vertical fixé au dossier de la chaise contre lequel il était maintenu par un cercle de métal pareil à ceux dont on se sert pour les chaises des photographes. Ces petits détails, qui semblent oiseux, ont

cependant une très grande importance, puisqu'il suffit d'un petit déplacement dans l'axe du conduit auditif pour donner de notables différences dans les résultats périmétriques.

On bandait les yeux du sujet et on bouchait l'oreille qui n'était pas soumise à l'examen : et alors on disposait la tige de l'appareil dans un méridien quelconque (qui pour plus de simplicité furent réduits à huit correspondants, c'est-à-dire aux huit points cardinaux et que je distinguerai par le nom de ant. post. sup. inf. et leurs intermédiaires). On faisait glisser la montre à une distance du centre, à laquelle l'individu n'avait plus aucune perception du battement, puis, on l'approchait lentement jusqu'à ce qu'il accusât une première perception, qui devait toutefois être continue et non temporaire comme cela arrivait parfois.

Naturellement, plusieurs examens étaient nécessaires pour la même détermination, suivant la concordance plus ou moins grande des résultats successifs. Faisant ainsi la moyenne des diverses observations, on avait la *distance de perception* pour un des méridiens, c'est-à-dire la distance en centimètres du pivot au point de la tige où commençait la perception du battement.

Ayant ainsi obtenu la *distance de perception* pour les divers méridiens, on pouvait déterminer graphiquement la forme de celui qui constituerait le champ auditif. Si les résultats obtenus manquent de précision mathématique, il est une chose que, quiconque ayant un peu de pratique de l'examen fonctionnel de l'ouïe, spécialement avec la montre, excuse facilement ; je me bornerai à traduire ce que le Prof. Politzer (1) dit à ce propos.

« Pour pouvoir justement apprécier la valeur des essais fonctionnels de l'ouïe, il est important de savoir que l'acuité auditive pour le même individu est variable non seulement dans les différents jours, mais aussi aux diverses heures de la journée, et en dernier lieu sous l'action de la température de l'air, et de son contenu hygrométrique et sous la dépendance de l'état psychique ou physique. Indépendamment de cela les épreuves de l'ouïe démontrent que la sensibilité auditive même à intervalles rapprochés subit de notables variations. »

Mes observations se rapportent à quarante individus que

(1) *Ohrenheilk*, p. 109.

j'eus occasion d'étudier à l'Hôpital Militaire de Turin et sur qui je pratiquais d'abord l'examen objectif et fonctionnel de l'organe de l'ouïe pour en exclure toute altération sensible. Tous ces malades possédaient une distance de perception pour la montre sus-indiquée, supérieure à 1m,90 ; pour la voix chuchotée supérieure à 7 mètres ; ils pouvaient ainsi être considérés comme ayant une ouïe normale.

Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

	Antérieur	Antéro-supérieur	Supérieur	Supéro-postérieur	Postérieur	Postéro-inférieur	Inférieur	Inféro-antérieur
Baudino	37	47	27	22	20	37	27	24
Ranieri	24	27	23	22	21	31	17	20
Oggiati	35	37	22	22	20	24	25	27
Bosio { oreille droite .	37	42	35	37	37	52	37	42
Bosio { « gauche .	37	42	33	37	37	35	42	42
Zorges { oreille droite .	35	37	27	17	20	32.35	32	47
Zorges { « gauche .	37	42	27	19	19	32	25	37
Ferri { oreille droite .	37	42	32	32	32	50	25	27
Ferri { « gauche .	35	37	27	22	22	32	24	22
Caradonna { oreille droite .	35	42	37	32	32	47	34	28
Caradonna { « gauche .	35	32	37	32	32	47	42	37
Menici	42	44	22	25	25	47	35	42
Vincenci	37	39	32	26	26	37	27	37
Crosa	35	40	24	26	26	38	36	32
Lecchi	35	39	27	20	20	36	33	32
Oreglia	35	45	26	22	22	39	32	34
Rovere	37	46	30	17	17	40	29	31
Zucchi	35	39	23	15	15	32	27	29
Ortoni	32	38	21	19	19	33	25	25
Creta	37	37	18	22	22	19	17	25
Pelagatti	35.37	37.42	30	22	22	39	35	39
Di Giuseppe	20	22.25	15	13	13	13	10	15
Cavolo	17	22	12	21	21	24	25	29
Pezzi	45	47	40	30	30	40	37	72
Suspize	30	40	20	18.20	18	38	30	27
Pacini	32	45	30.35	25.27	30	35	25	25
Fricci	32	52	42	40	37	39	30	27
Tupoli	35	31	22	22	21	24	23	27
Casacu	37	42	23	18	18.20	32	29	28
De Carlo	12	27	22	20	17	27	23	21
	32	47	30	27	26	37	40	37
D. Craccio	12	22	19	17	16	21	18	14
Valeri	32	37	42	35	32	37	27	40
Pioppi	19	24	29	27	27	25	24	23
Pergola	27	29	21	17	16	27	26	25
Fioretti	25	27	15	12	14	22	21	25
Pizzini	23	28	21	20	18	26	28	24
Filetti	28	32	27	25	23	29	27	25
Antonioli	36	30	24	22	22	28	25	23
Fontana	18	23	12	13	12	19	24	16

Les conclusions plus importantes que l'on puisse, selon moi, tirer de l'examen de ce tableau, seront résumées brièvement dans quelques propositions, suivies d'un aperçu sur l'interprétation que je voudrais donner à ces faits.

1° Bien que les conditions d'examen restent les mêmes, il n'existe pas chez les divers individus une distance de perception égale pour les mêmes méridiens : chose, du reste, facile à établir *a priori*, étant données les variations de sensibilité auditive des personnes à ouïe normale.

2° Sur le même individu et pour un même son, les distances de perception pour les différents méridiens ne sont pas égales : c'est-à-dire qu'un même son n'est pas perçu également quand il est porté par exemple dans le méridien antérieur et dans le postérieur.

Chez un même individu cependant les distances de perception se conservent relativement constantes dans chaque méridien.

3° Si nous considérons les rapports réciproques entre les distances de perception sur une série d'individus à ouïe normale, on observe des variations individuelles, qui ne nous permettent pas d'établir un rapport constant et absolu entre ces longueurs. Si cependant on fait la moyenne de toutes ces observations on a les chiffres suivants :

Méridien	post.	22.6	Méridien	post. sup.	23.4
»	ant.	31.2	»	post. inf.	34.2
»	inf.	27.5	»	sup.	26.2
»	inf. ant.	29.9	»	ant. sup.	36.9

4° Les chiffres précédents, tout en n'ayant, comme presque toutes les moyennes expériences, qu'une valeur essentiellement théorique, nous permettent d'établir une échelle ascendante et descendante sur laquelle sont disposées les diverses distances de perception.

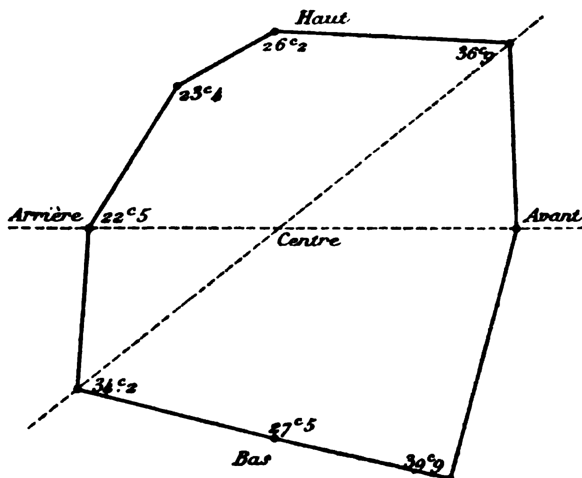
L'échelle ascendante serait constituée sur le type suivant : Méridien post. — post. sup. — sup. — inf. ant. — ant. — inf. post. — ant. sup.

Quelques-unes de ces longueurs sont presque constamment dans le rapport sus-indiqué : ainsi la longueur du méridien postérieur, qui est toujours la plus petite : et celle du méri-

dien ant. sup. qui donne au contraire presque toujours le maximum. Pour les autres, au contraire, il existe des oscillations plus fortes.

5° On peut, en exprimant graphiquement les moyennes indiquées à l'article 3° décrire un *champ auditif*, que j'appellerai idéal, duquel les champs auditifs particuliers s'éloigneront plus ou moins, tout en suivant la forme générale.

Voici la forme du champ auditif idéal :



6° Pendant que pour une distance moyenne de 40 centimètres de la montre, de l'orifice du conduit auditif, les distances de perception dans les divers méridiens présentent les différences qui ont été décrites, en éloignant davantage la montre, ces différences deviennent moindres, et à 1 mètre environ, c'est-à-dire en atteignant presque la plus grande limite de perception, le champ auditif assume une forme circulaire.

Ce fait a une certaine importance, principalement pour ce qui regarde la manière d'interpréter l'origine du champ auditif : nous y reviendrons bientôt.

7° Les expériences faites en remplissant de cire les creux

situés entre les plis du pavillon, ainsi qu'en cherchant à augmenter artificiellement la circonférence du pavillon, ne m'ont pas donné des résultats dont je puisse tirer des déductions d'une certaine valeur.

Il est donc démontré qu'il existe réellement *un champ auditif dans l'espace*, qui, tout en suivant un type général, présente toutefois d'assez grandes variations individuelles. La transmission des ondes sonores provenant de différents points de l'espace, ne s'accomplit donc pas avec la même facilité ; mais il y a des ondes en certaines directions, en égard au conduit auditif, qui peuvent mieux arriver à l'appareil de perception, tandis que pour d'autres le mécanisme de transmission n'est pas aussi favorable.

Ainsi, un même son qui, dans le méridien ant. est perçu à une distance de 31 centimètres de la tige du conduit auditif, n'est plus dans le méridien post. perçu qu'à une distance de 22 centimètres. Quelle peut être la raison d'une semblable différence ?

Si nous examinons les chiffres qui expriment les distances de perception dans les méridiens particuliers, nous sommes frappés par le fait général, que dans les points où le pavillon se présente plus étendu et plus éloigné de la superficie du crâne, comme par exemple derrière en haut, nous avons une distance de perception plus petite ; tandis qu'en avant où le pavillon assume le moindre développement les distances de perception sont plus grandes : Ce qui pourrait par une formule générale être ainsi exprimé : *La distance de perception le long d'un méridien est en raison inverse de l'aire d'extension du pavillon et de sa distance du crâne dans le même méridien* (1). Ce fait qui doit être compris au sens ordinaire et non avec des proportions mathématiques, nous porterait donc à donner au pavillon une certaine importance dans l'origine du phénomène que nous étudions ici. La physiologie de la partie plus extérieure de l'organe de l'ouïe est encore un point très discuté parmi les divers auteurs qui s'en sont occupés

(1) Exception unique pour le méridien post. inf. correspondant à l'incision postérieure du cartilage.

d'une manière spéciale. Les opinions principales se réduisent à celles-ci.

1° C'est un organe rudimentaire dont la fonction est nulle ;

2° Il sert pour connaître la direction des sons ;

3° Il sert d'organe collecteur des sons ;

4° Il vibre et transmet les vibrations aux os du crâne.

Ces différentes opinions ont toutes de vaillants champions qui combattent avec acharnement pour leur propre drapeau.

Itard (1) refuse au pavillon une importance quelconque pour la finesse de l'ouïe soit chez l'homme, soit chez les animaux.

Vering (2) s'accorde avec lui sur ce point, s'appuyant sur une observation publiée par le Dr Steinmetz (3) concernant un enfant sur lequel à la place du pavillon existaient à droite trois épaisses élévations cutanées, et à gauche une espèce de petit lobe : les conduits auditifs étaient bouchés et malgré tout le malade entendait très bien. Kramer (4), tout en admettant que la perte du pavillon n'amène aucune grave diminution de l'ouïe, croit cependant qu'elle est toujours accompagnée de diminution de la sensibilité auditive.

Contrairement aux auteurs précités, Buchanan (5) fait tellement dépendre la finesse de l'ouïe du pavillon, que la forme et l'angle d'insertion de cette partie, ainsi que la profondeur et la forme de la conque, lui paraissent des signes suffisants pour diagnostiquer la curabilité ou l'incurabilité de certaines surdités. Il établit quelques règles à cet égard, dont la transgression pour ce qui se réfère à la forme et aux rapports du pavillon, est cause de troubles fonctionnels qui peuvent et doivent être conjurés en ramenant le pavillon à sa forme normale. Les cas sur lesquels Buchanan appuie ses idées sont plutôt rares, et sont susceptibles d'une interprétation très différente de celle que l'auteur leur donne pour baser sa thèse.

Boerhave soutenait que le pavillon de l'oreille était destiné à

(1) Traité des maladies des oreilles, 1, p. 131.
(2) Aphorismes, p. 6.
(3) *Graefe und, Walther Journal* Bd. 19, 1833.
(4) Traité des maladies de l'oreille, 1841, p. 78.
(5) Physiolog. III of the organ of hear, p. 77.

réfléchir les ondes sonores, en raison des élévations et des dépressions qui le caractérisent, Mantegazza ([1]) dit : au point de vue cosmétique, c'est la partie la plus insignifiante du visage, qui n'a d'importance que pour les anthropologistes, les peintres et les commissaires de police.

Aimé Martin dans ses lettres à Sophie se perd en exclamations admiratives, faisant des réflexions sur les variétés de formes du pavillon chez les différentes espèces d'animaux, et applaudissant la Providence qui a octroyé à chacun d'eux une paire d'oreilles parfaitement correspondantes à leur vie et à leurs habitudes.

Rinne et Schneider remplissant de cire les creux du pavillon remarquèrent une diminution de la sensibilité auditive : Harless et Essel ne trouvèrent aucune différence.

Mach ([2]) considère les pavillons comme des *résonnateurs pour les sons très aigus* dont l'action dépendrait en partie de leur position par rapport à la direction des ondes, et s'expliquerait en produisant des changements dans le timbre (Klangfarbe) pouvant conduire à la notion de la direction du son.

Kupper ([3]) nie absolument que le pavillon puisse servir à la réflexion des sons, puisqu'il dit que la partie qui pourrait envoyer les rayons directement dans le conduit est très minime : et si l'on admet une série de réflexions successives, le fait n'a plus que peu d'importance. Et il ajoute, qu'on remarque que si ce fait est vrai pour les ondes antérieures, qui se trouvent dans une position plus favorable, il l'est d'autant plus pour les ondes postérieures. Kupper, tout en refusant toute influence au pavillon, établit qu'il y a des ondes antérieures dans des conditions plus favorables que d'autres, ce qui équivaut à admettre une manière d'être différente du pavillon pour les ondes provenant de diverses directions. Quant à moi, il me semble que cet appoint serait la signification à attribuer aux résultats de mes expériences ; tout en n'excluant pas que quelqu'autre facteur, tel que la courbe différente des

([1]) Physionomie et mimique.
([2]) *Archiv. f. Ohrenh.*, IX.
([3]) *Archiv. f. Ohrenh.*, VIII.

parois du conduit, ait une influence plus ou moins grande sur la transmission des différentes ondes sonores provenant de diverses directions, l'hypothèse que le pavillon par sa position a la plus grande importance pour l'origine du champ auditif est très vraisemblable.

A cette opinion se rattache aussi le fait qu'en éloignant le son de l'oreille, les différences des distances de perception le long des divers méridiens disparaissent, parce que, l'action du pavillon est limitée à un certain espace, au-delà duquel elle ne peut plus se faire sentir. Le champ auditif serait donc une espèce « d'ombre » du pavillon, ce que les Allemands appellent *Ohr Schatten ;* et ce fait suffirait seul à refuser toute valeur à l'hypothèse que le pavillon constitue une petite lame vibrante qui transmet ses vibrations aux os crâniens.

Une preuve vraiment positive que le champ auditif puisse et doive être ainsi interprété, s'obtiendra seulement par des recherches ultérieures, quand on trouvera des sujets ayant des anomalies du pavillon très prononcées (ce que je n'ai pas rencontré dans mes premières observations) provoquant des variations correspondantes de la forme du champ auditif. De cette façon il sera facile d'établir ce qu'il y a de vrai, soit dans la proposition que j'ai avancée et qui, pour le moment, reste à l'état de simple hypothèse, soit pour toutes les autres sur la fonction du pavillon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 12 février 1896.

Président : F. Semon

1. Kanthack et Drysdale. — **Fréquence et nature des complications laryngées de la fièvre typhoïde.** — Les opinions relativement à la fréquence de ces lésions sont très différentes. Sur cinquante cas, on a trouvé des ulcérations dans 26 % de cas mortels. Les lésions étaient généralement situées sur l'épiglotte. Dans quatorze cas, il y avait : lésions de l'épiglotte seul quatre fois, de l'épiglotte et du larynx une fois, du voile du palais et du pharynx deux fois. Il n'est pas douteux que ces lésions sont dues à des microbes, le plus souvent des pyocoques, exceptionnellement le bacille d'Eberth.

Watson William (Bristol), pense que parmi les lésions laryngées, survenant au cours de la fièvre typhoïde, certaines sont certainement secondaires et dues au pyocoque, mais d'autres plus nombreuses que ne semblerait le prouver la statistique du Dr Kanthack, sont spécifiques et dues à la toxine typhique ou à la présence du bacille d'Eberth-Gaffky.

Shattok montre plusieurs préparations d'ulcérations de la région aryténoïdienne. Il fait remarquer que, vu l'absence de tissu lymphoïde dans ces régions, on ne peut comparer ces lésions à celles de l'intestin.

Gordon Holmes. — Dans certains cas les ulcérations laryngiennes chez les typhiques sont de nature tuberculeuse et souvent alors elles préexistent. Il faut donc examiner soigneusement les poumons pour savoir leur état. Si on pense que la tuberculose suit souvent la fièvre typhoïde, on peut se demander si cette dernière ne prédispose pas le larynx à l'invasion du bacille de Koch, et ne peut pas jouer alors le rôle de facteur étiologique et réciproquement.

Le Président demande au Dr Kantback pourquoi la lésion siège si souvent sur le cricoïde.

Kanthack conteste les dires du Dr Williams en ce qui concerne l'absence de tissu lymphoïde dans le larynx. Il demande sur quelles autorités il se fonde pour dire qu'on trouve souvent le bacille typhique dans les poumons. La présence de ce bacille dans le sang est très rare, tandis qu'elle est fréquente dans les urines. Jusqu'à présent on n'a pas établi, comme le prétend le Dr Williams, la présence fréquente du bacille typhique dans les ulcérations laryngiennes. Il n'est pas en mesure de dire pourquoi il a toujours considéré la périchondrite cricoïdienne comme secondaire au processus sur les cordes vocales.

2. Charters Symonds. — **Corps étrangers des voies digestives et aériennes.** — L'auteur se limite au diagnostic et au traitement. Dans le nez les corps étrangers déterminent un écoulement muco-purulent, quelquefois sanguinolent avec plus ou moins d'obstruction. La sonde et la pince sont les meilleurs instruments d'extraction.

Dans le pharynx, on peut employer au diagnostic le miroir ou le doigt, ce dernier seul chez les jeunes enfants. Le corps étranger peut être enlevé avec une pince. Il faut penser au danger d'enfoncer dans les parties molles les corps pointus, faire attention aux phénomènes inflammatoires et nerveux consécutifs.

Dans le larynx, il faut considérer les corps étrangers petits qui causent de la douleur, de la toux, de la dysphagie, mais n'entravent pas la respiration, les gros qui l'empêchent. Dans le premier cas, les méthodes intra-laryngées suffisent le plus souvent. Dans le second, la trachéotomie préalable est souvent nécessaire. Chez les enfants, il faut enlever le corps étranger le plus tôt possible, après la trachéotomie. Si on ne peut le retirer avec le doigt ou l'instrument, il faut faire la laryngotomie.

Lorsque le corps étranger est dans la trachée ou les bronches, la trachéotomie doit être posée comme règle, malgré quelques exceptions favorables. Dans l'œsophage on doit se guider sur les considérations suivantes : le danger d'une lésion provoquant une lacération fatale, l'introduction du corps étranger dans l'aorte, la précaution de pousser énergiquement le bol alimentaire en bas. Pour les monnaies, il faut pratiquer le cathétérisme avec une sonde à boule. Faut-il faire l'exploration dans tous les cas et chez les enfants s'ils résistent faut-il recourir à l'anesthésie ? Il demande ce que vaut l'émétique.

L'ablation des râteliers par l'œsophagotomie a été récemment discutée à propos d'un cas soigné par l'orateur. L'opération n'a donné lieu à aucune difficulté. Pour fermer la plaie, le tamponnement à la gaze, après suture de l'œsophage, est indiqué.

L'orateur demande ensuite une enquête sur l'utilité de l'examen à la lumière de l'œsophage. La discussion sur ce sujet est ajournée à la prochaine séance. L. R. REGNIER.

SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE SUISSE

Séance du 30 mai 1896 (1)

Président : Prof. SIEBENMANN

Secrétaire : Dr SCHWENDT

Parmi les membres présents, nous citerons les Drs SÉCRÉTAN (Lausanne), R. MEYER et HEGETSCHWEILER (Zürich), JONQUIÈRE et LINDT (Berne), NAGER (Lucerne), NEUKOMM (Heustrich), E. BISCHOFF (Bâle), MORF (Winterthur), DIEM (Saint-Gall), VIATTE (Porrentruy) MERCANTON (Montreux).

1. SCHWENDT (Bâle), présente a). Une série de malades opérés. La plupart, atteints de carie et de cholestéatome, ont subi l'opération radicale préconisée par Schwartze et ses élèves. Ces cas proviennent d'une première série de 33 malades opérés à partir de l'année 1892.

S., montre encore quelques cas d'opérations mastoïdiennes pratiquées à la suite de l'influenza, puis un cas d'ablation de séquestre de l'apophyse mastoïde après la scarlatine, et enfin une malade affectée d'atrésie bilatérale congénitale osseuse des choanes qu'il a présentée à la réunion générale des médecins suisses, quatre ans auparavant.

Pendant plusieurs années, après l'opération, la malade avait perdu l'odorat, mais depuis l'an dernier, elle l'a recouvré au point de pouvoir distinguer le parfum de différentes fleurs.

(1) D'après le compte rendu du Dr SCHWENDT (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre 1896).

b). **Instruments.** (a. — Présentation d'une série de *diapasons* non encore complète, provenant de l'Institut acoustique d'Appunn à Hanau-s.-M. Elle sert à essayer la série continue des tons ; les diapasons qui manquent seront construits ultérieurement par M. Appunn. Ces diapasons sont très commodes, et peuvent atteindre un tiers ou une demi-octave. Les oscillations sont enregistrées à intervalles réguliers sur la fourchette.

Pour les tons graves, Appunn fournit des diapasons en fils métalliques qui demandent encore des perfectionnements.

Une série de douze pipettes sert pour les tons aigus, comme le sifflet de Galton. Ces pipettes ont, sur ce dernier, le grand avantage que l'on connaît le nombre d'oscillations de chaque pipette qui fournit un seul ton. D'après Appunn, ces instruments sont toujours justes, et ils donnent jusqu'à vingt oscillations.

Ensuite S. montre les nouveaux sifflets de Galton, perfectionnés par Edelmann.

b. Démonstration d'un nouveau modèle *d'injecteur pour la partie supérieure de la caisse*, puis un modèle nouveau de *pince à polypes laryngiens*, et un *perforateur de l'antre d'Highmore* à extrémité cylindro-conique comme les drill des dentistes. Ces instruments sont construits par Knœbel, de Bâle.

Siebenmann s'élève contre l'emploi des diapasons de fils métalliques d'Appunn. Les oscillations font pénétrer trop d'air, et l'on peut confondre aisément les vibrations de l'air avec les tons, surtout chez les sourds-muets, pour qui l'épreuve de la série continue des sons a une grande importance.

2. Lindt (Berne) présente un nouveau crochet palatin dont il se sert avec succès depuis six mois pour examiner directement et traiter la paroi antéro-supérieure du naso-pharynx ; jusqu'ici, on lisait dans tous les traités, que pour l'examen et le traitement de la région de l'amygdale pharyngée, il fallait toujours s'aider du miroir. C'est parfois très difficile, et souvent on a une image confuse. Avec le nouveau crochet palatin, on peut en relevant prudemment, doucement, mais énergiquement le voile du palais, en même temps que l'on penche la tête en arrière, voir directement la région du récessus par dessus les incisives inférieures, et les toucher avec des instruments appropriés. On appliquera aussi de la cocaïne pour faire l'examen.

La région de l'amygdale pharyngée, de même que la paroi laryngienne postérieure sera éclairée directement par l'autoscopie de Kirstein. Le traitement est extrêmement facile, sans avoir à redou-

ter les lésions accessoires. Les malades supportent bien le crochet quand il est appliqué avec prudence. On se le procure à Berne, chez M. Scheerer, fabricant.

R. Meyer a essayé depuis un certain temps l'examen direct de la région postéro-supérieure de la paroi pharyngée, qui réussit lorsqu'on a recours au crochet de Voltolini, pour relever le voile du palais, en renversant la tête du malade, lorsqu'on augmente la force des rayons lumineux. Mais parfois cette opération est douloureuse, et provoque une contraction des constricteurs supérieurs du pharynx, qui empêche de distinguer le pharynx nasal. Au lieu de la cocaïne, on emploiera l'eucaïne, qui provoque moins d'anémie artificielle de la muqueuse. La gouttière de l'instrument de Lindt facilite l'examen.

3. Hegetschweiler (Zurich). — **Un cas de mastoïdite de Bezold, avec complications pyémiques.** — Environ quatre semaines après le début d'une otite moyenne aiguë, apparurent avec des fusées des métastases de l'épaule gauche et de la région lombaire du même côté. Tandis que l'inflammation de l'épaule disparut spontanément, il se développa dans les muscles lombaires un abcès dans lequel, après l'ouverture, H. trouva les mêmes microbes (diplocoques isolés, et ressemblant à des streptocoques), que dans le pus de l'oreille.

A la suite de cet abcès lombaire, qui avait commencé à se déverser dans la cavité pelvienne, la température s'éleva, et il survint une thrombose phlébitique de l'épaule gauche. Après la disparition de ces complications, il se produisit une infiltration grande comme la main à la surface mastoïdienne inférieure, qui envahit lentement le cartilage thyroïde, jusqu'à la ligne médiane (mastoïdite de Bezold). Après l'ouverture de l'abcès, l'otorrhée cessa définitivement ; mais il subsista une fistule mastoïdienne car on n'avait pas débarrassé par un râclage les foyers de nécrose.

Ce cas prouve la nécessité immédiate d'une perforation mastoïdienne, sitôt que l'on voit poindre les signes d'une otite moyenne pyémique, avec ou sans métastases.

4. Jonquière (Berne), **rapporte un cas de myosite du muscle sterno-cléido-mastoïdien, succédant à la mastoïdite et à l'otite moyenne suppurée aiguë, ressemblant à la mastoïdite de Bezold.** — Un cultivateur âgé de 48 ans vint trouver le Dr J., le 4 mai 1896. A la suite d'une otite moyenne aiguë qui datait de cinq semaines, des douleurs étaient survenues à la troisième semaine de la

suppuration, et l'on voyait une infiltration sensible, qui, de l'apophyse mastoïde, gagnait tout le cou en arrière.

La suppuration de l'oreille était tarie depuis quelques jours. L'apophyse mastoïde était encore légèrement tuméfiée, la membrane tympanique isolément infiltrée, rouge, mais non perforée.

Le malade entre à l'hôpital ; l'infiltration cède sous l'influence de cataplasmes et de frictions iodées et au bout d'une quinzaine de jours, le malade est guéri.

Le chirurgien traitant, Dr Mehans, après la disparition du gonflement, a pu voir distinctement tout le trajet de l'infiltration, et le trouble des fonctions musculaires démontra qu'il s'agissait d'une myosite, affectant une grande analogie avec la mastoïdite de Bezold.

5. Morf (Winterthur). — **Un cas d'abcès cérébral otitique dans le lobe occipital.** — Consécutivement à une otite moyenne aiguë sans perforation tympanique et sans otorrhée, on vit se manifester des troubles périostiques. Ouverture de la région mastoïdienne, et dégagement de l'antre, dont la muqueuse enflammée ne renfermait pas de pus. Après que l'inflammation de l'oreille moyenne fut guérie et l'audition recouvrée, les maux de tête et la névrite des nerfs optiques dégénérèrent en suppuration intra-crânienne. Deux mois plus tard, cette dernière était manifeste. On diagnostiqua une hémi-paralysie gauche et une hémi-anesthésie, l'hémiopie manquant. On crut à un abcès du lobe temporal droit. A l'autopsie on trouva deux abcès du lobe occipital droit.

6. Siebenmann montre : 1. Une série de cholestéatomateux guéris, opérés soit par le procédé de l'auteur, soit par celui de Kœrner et chez lesquels la membrane tympanique est conservée ou régénérée.

2. Préparations macroscopiques et microscopiques d'ankylose de l'étrier et d'atrophie du nerf cochléaire.

3. Un moulage métallique du nez et de ses annexes sur lequel le canal nasal supérieur touche l'orbite, sans en être séparé par les cellules ethmoïdales. On voit par là combien les opérations nasales sont dangereuses pour l'orbite.

4. Modification du couteau annulaire de Gottstein, grâce à laquelle des amygdales pharyngées, même fermes, peuvent être enlevées en totalité.

5. Sifflet et diapason de Bezold-Edelmann pour déterminer les tons graves. L'auteur préfère ces instruments à ceux d'Appunn.

6. **Malades examinés par l'autoscopie de Kirstein.** Jonquière s'élève contre la dénomination *d'autoscopie*, qui signifie examen du malade par lui-même.

Dans le compte rendu de la dernière session de la *British medical Association*, par exemple, il est question d'une nouvelle forme de l' « *ancien autoscope de Czermak* ».

L'heureuse invention de Kirstein mérite un nom plus approprié et prêtant moins à l'équivoque. Il vaudrait mieux employer le terme *d'orthoscopie*.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

18e congrès annuel, tenu à Pittsburg, les 14, 15 et 16 mai 1896.
Président : M. William H. Daly, de Pittsburg.

Premier Jour.

Discours du président. — Le Président, en ouvrant le Congrès, retrace les progrès de la laryngologie dans ces dernières années, sa situation brillante. Il prie les spécialistes de ne pas abandonner les grands problèmes de la médecine générale, fait un chaud éloge de Manuel Garcia, et regrette la perte immense de Wilhelm Meyer. Il souhaite ensuite la bienvenue aux congressistes et exprime l'espoir que le programme des travaux est au moins aussi étendu que celui du précédent Congrès.

1. John Roe (de Rochester). — **Étiologie des déviations de la cloison.** — Les causes prédisposantes sont : la scrofule, la syphilis, la tuberculose, le rachitisme et le crétinisme. La civilisation, en prédisposant au type aquilin, expose aux déviations. Les causes occasionnelles sont : les vices de développement de la cloison ou des autres parties du squelette nasal, les traumatismes, les malformations du maxillaire, de la voûte du palais et du squelette de la fosse nasale. L'habitude de se mettre les doigts dans le nez joue le même rôle que les traumatismes.

2. Arthur W. Watson. — **Opérations pour les déviations de la cloison du nez.** — Les opérations donnent souvent de mauvais résultats, parce qu'on ne tient pas suffisamment compte de certaines indications ; 1° l'étendue de la portion de cloison à enlever ; 2° le maintien de la cloison en place. Pour opérer convenable-

ment, il faut que le champ opératoire soit bien éclairé et le plus possible débarrassé de sang. L'anesthésie à la cocaïne est préférable à l'éthérisation.

FLETCHER INGALS (de Chicago), pense que les troubles de la nutrition jouent un rôle important dans la genèse de la déviation de la cloison. L'influence du traumatisme a été exagérée.

MORRIS J. ASH (de New-York), est du même avis pour le traumatisme. Il peut donner naissance à un peu de gonflement, mais laisse le champ libre à la respiration.

VANDER POEL (de New-York), a souvent pratiqué l'opération du Dr Ash. Il insiste sur l'importance qu'il y a à empêcher le retour du cartilage. Les épingles ont souvent causé des ulcérations, causes de perforation au niveau des sutures. Dernièrement, il a employé la pince d'Adam pour l'excision de la cloison, cela n'a pas empêché les inconvénients de l'épingle.

CARL SEILER (de Philadelphie), considère l'opération de Ash comme une résurrection de celle proposée par le Dr Glasgow, il y a quelques années. L'épingle doit être placée en bas de la cloison pour éviter les accidents de compression. Elle doit être poussée en dehors de l'incision osseuse en bas, de celle-ci entre les deux portions palatines des maxillaires supérieurs.

NICHOLS (de New-York), pense que l'opération d'Ash est bonne pour les déviations du cartilage nasal. Dans les déviations de l'os, toute la coudure doit être détruite, sans cela on ne peut avoir confiance dans le résultat de la suture par l'épingle.

BRYSON DELAVAN (de New-York), a abandonné l'épingle depuis plusieurs années. Le traumatisme n'est pas la cause de toutes les déviations. Il en est de produites par les tumeurs adénoïdes.

CASSELBERRY (de Chicago), accorde une grande importance à l'hérédité. Aucune opération ne convient à tous les cas. La déviation porte surtout sur le cartilage. Comme soutiens, il a employé les tampons de gaze et les tubes.

JHON MACKENZIE (de Baltimore), dit que le procédé d'Ash a été employé il y a plusieurs années par feu le Dr James Bolton (de Bridgeton).

W. K. SIMPSON (de New-York), a été frappé des bons résultats de l'opération d'Ash. Il considère comme mauvais l'emploi des tampons de gaze. D'abord, il met des attelles dans chaque narine, et au bout de quelques jours retire celle du côté sain. Les attelles empêchent l'hémorrhagie.

M. SCHIELDS (de Richmond), a remarqué que la déviation était

accompagnée d'un épaississement du côté convexe, et il le détruit avant de redresser la cloison.

3. PEYRE PORCHER (de Charleston). — **Quelques réflexions sur la rhinite atrophique.** — Abandonne la théorie de l'origine essentielle de la maladie qu'il considère comme le résultat d'autres inflammations finissant par une suppuration qui enlève l'épithélium et détruit la muqueuse. Il raconte l'histoire d'une femme de 30 ans, de bons antécédents, chez laquelle des croûtes nasales apparurent il y a quinze ans, à la suite d'une rougeole. Les cornets inférieur et moyen gauches furent détruits, ceux de droite, fortement endommagés. La révulsion et l'iode restèrent sans résultat. L'antre gauche fut ouvert et lavé sans que cessât la formation des croûtes. L'application d'une solution d'iode et d'iodure de potassium dans la glycérine, a donné une grande amélioration.

SEILER croit le tampon de Gottstein efficace, même sans médication. Il excite la sécrétion nasale et filtre l'air. L'ouate simple donne de moins bons résultats.

TH. HUBBARD (de Tolède), emploie une solution alcoolique d'acétanilide.

RICE (de New-York), regarde le lavage et le graissage du nez comme le traitement essentiel. On doit éviter l'excès des stimulants.

LELAND (de Boston), badigeonne les cornets avec une solution de cocaïne à 10 °/₀ additionnée de résorcine.

ROALDÈS (de la Nouvelle-Orléans), emploie l'électrolyse à l'aide d'électrodes entourées de coton.

ROE : électrolyse des solutions faibles de nitrate d'argent. Les croûtes ne doivent pas venir de la muqueuse du nez seule, et indiquent l'envahissement des sinus.

NICHOLS a eu des résultats très satisfaisants avec une solution d'orthochlorophénol à 10 °/₀.

MACKENZIE proteste contre l'usage non réglé de la cocaïne.

INGALS croit qu'il n'y a pas de dangers si on n'emploie pas plus de deux grains par semaine. Il a employé l'oxyde jaune de mercure en solution faible, 14 °/₀ dans l'huile, et a été satisfait des effets obtenus.

4. THOMAS FRENCH (de Brooklyn). — **Photographie du larynx avec l'aide de l'arc électrique.** — La lumière fournie par l'arc électrique donne les meilleurs résultats pour la photographie du

larynx et du naso-pharynx. Il faut, pour réussir, un diaphragme étroit, un déclanchement rapide, une plaque très sensible, une lampe à arc de cent bougies, renfermée dans une boîte métallique avec lentille convergente à distance focale de vingt pouces.

Le manuel opératoire est le même qu'avec la lumière solaire.

5. BRYSON DELAVAN (de New-York). — **Récents progrès dans le traitement des affections malignes du larynx.** — Les opérations peuvent se diviser de la façon suivante : 1° thyrotomie avec ou sans laryngectomie ; 2° laryngectomie complète par le procédé de Solis-Cohen ; 3° laryngectomie complète dans le cas de tumeurs étendues avec engorgement ganglionnaire.

Pour la thyrotomie, l'auteur émet les conclusions suivantes :

1° Toute tumeur du larynx d'origine intrinsèque doit être opérée, sauf contre-indications absolues, dans le plus bref délai.

2° Toute tumeur du larynx suspectée de malignité ou d'origine intrinsèque, d'étendue limitée, paraissant facile à enlever, chez un malade en bon état, en l'absence d'infiltration des tissus voisins ou des ganglions, justifie la thyrotomie exploratrice. La thyrotomie doit être faite avec un bon éclairage et sous cocaïne pour empêcher l'hémorrhagie parenchymateuse. Comme traitement consécutif, la canule tampon devra être immédiatement enlevée de la trachée, le larynx saupoudré d'iodoforme et d'acide borique, le malade laissé sur le côté opéré avec un petit coussin sous la tête. Il pourra essayer de boire un peu d'eau stérilisée, la partie supérieure du corps étant penchée sur le bord du lit, et si l'eau passe, on pourra donner de temps en temps du lait.

Les avantages de la méthode de Solis-Cohen sont :

1° Le danger moindre de pneumonie.

2° La facilité d'avaler comme à l'ordinaire.

3° La possibilité, constatée dans trois cas seulement, de restaurer la voix aussi bien qu'avec un appareil artificiel.

4° Le bien-être du patient augmenté, la défiguration et la nécessité d'un larynx artificiel supprimées.

En ce qui concerne la troisième variété d'opération, Cheyne dit que, comparé au cancer du sein, celui du larynx au point de vue opératoire est à la fois moins et plus favorable, moins, parce qu'il est d'un accès plus difficile à la vue et aux instruments, plus, parce que les ganglions du cou sont facilement accessibles.

La trachéotomie préventive est utile. Le malade ne doit pas être trop âgé, avoir une bonne constitution, aucune tare qui compromette la guérison et un bon entourage.

En envisageant les récents progrès des tumeurs malignes du larynx, on s'aperçoit qu'ils sont dus à une longue et attentive étude de la part des chirurgiens éminents.

Porcher rapporte son seul cas et sa défiance de la canule de Trendelenburg.

Seiler pense qu'on doit accorder plus de crédit aux Américains que ne l'a fait le rapporteur, et rapporte un cas opéré par le Dr Roswell Park (de Buffalo), en 1885.

Swain insiste sur la nécessité d'enlever tous les ganglions du cou. Ceux-ci diminuent quelquefois de volume après la trachéotomie préliminaire.

Ash pense que le bourrage de la trachée avec de la gaze remplirait le même but que la canule de Trendelenburg.

Wright (de Brooklyn) voudrait que ces opérations ne fussent pratiquées que par des chirurgiens non spécialisés.

6. W. E. Casselberry (de Chicago). — **Intubation du larynx chez l'adulte, dans ses rapports avec la sténose aiguë du larynx.** — Le miroir laryngien est un bon guide pour l'intubation chez l'adulte, lorsqu'on est habitué à le manier.

Les malades agités doivent être enveloppés dans une couverture et assis sur une chaise solidement maintenue. La tête sera inclinée en arrière, baillonnée, le doigt servant de guide comme chez l'enfant.

Un malade trop faible ou qu'on ne pourra sortir du lit sera placé sur le bord droit de celui-ci, de façon que le chirurgien soit à la droite du patient. La tête et les épaules seront relevées avec des oreillers, le cou légèrement étendu, le tube introduit par le toucher.

Chez les moribonds, le tube peut être placé de la même façon, le malade étendu près du bord droit du lit, le chirurgien à sa droite.

Les pulvérisations de cocaïne dans la gorge facilitent l'opération. L'extraction du tube se fait comme d'ordinaire. L'expérience de l'auteur l'amène à conclure que dans la diphthérie l'intubation vaut mieux que la trachéotomie. De même dans l'œdème aigu. Seulement, si l'affaiblissement est extrême, on ne doit faire qu'une tentative. Dans les cas d'étroitesse de la bouche, ou de gonflement du pharynx, l'intubation est contre indiquée. Elle est admissible dans la laryngite déformante arthritique, l'œdème traumatique, la laryngite striduleuse et l'œdème secondaire aux lésions spécifiques ou tuberculeuses.

Simpson dit qu'il faudrait employer le terme *aigu* avec réserve, car il y a beaucoup de différence entre l'œdème aigu de la diphthérie et celui qui est secondaire à des affections chroniques comme le mal de Bright. La langue doit être tirée en avant.

Hubbard a vu deux cas d'œdème aigu de la trachée avec larynx normal. Dans la sténose de la trachée, l'intubation ne réussit pas. Il a essayé la trachéotomie sans succès, la première fois dans un cas de lésions syphilitiques, la seconde dans un empoisonnement par l'iode. La pilocarpine seule les soulagea.

Roaldès pense l'intubation utile dans les fractures du larynx.

7. Boylan (de Cincinnati), montre un **cas de sarcôme du nez à cellules fusiformes** (pièce et coupes).

8. Fletcher Ingals. — **Polypes fibreux naso-pharyngiens** (analysés à part).

9. C. M. Shields. — **Polypes fibreux du naso-pharynx.** — Deux observations. L'auteur pense que la plupart de ces tumeurs peuvent s'enlever par les voies naturelles et rarement la résection du maxillaire supérieur est nécessaire. La ligature, les caustiques, le thermo-cautère, l'évulsion sont mauvais. L'anse froide ou chaude convient mieux. Celles en platine évidée sont les meilleures à cause de leur rigidité. Le courant doit passer par intermittences, cela diminue la douleur et évite les hémorrhagies.

1° Pour les tumeurs à large base, on peut tracer un canal par une cautérisation préalable avec l'anse chauffée, cela empêche ensuite le glissement. Ce traitement cautérise la base de la tumeur.

Casselberry fait remarquer qu'il est quelquefois bon d'enlever une partie de la tumeur avec le couteau du thermo-cautère pour faciliter le placement de l'anse. Il croit aussi à l'utilité de l'électrolyse.

10. Jonathan Wright. — **Infection tuberculeuse des tissus lymphoïdes du larynx avec quelques remarques sur l'infection du larynx.** — L'auteur a répété sans succès sur douze sujets pris au hasard, les expériences de Dieulafoy, et pense, comme Cornil, que les résultats obtenus sont dus à la contamination de surface.

Des expériences ont été faites sur un malade, par le Dr Chap-

pell (de New-York). Le malade avait une tuberculose naso-pharyngée consécutive à l'ablation de tumeurs adénoïdes. Les tissus pris sur le malade ont montré à l'examen, et par inoculation, la présence de bacilles. Ce qui prouve que la méthode employée par Wright, la même qui a été suivie pour ce cas, n'était pas en faute. En faisant des coupes de larynx tuberculeux, il a pu montrer avec une indiscutable évidence la pénétration des bacilles à travers l'épithélium intact, mais il ne peut dire s'il en est de même dans les larynx d'individus bien portants.

11. Brown (de Chicago). — **Relations des maladies du nez et de la gorge avec les troubles gastriques.** — Dans la toux gastrique il y a souvent congestion du pharynx. L'asthme est souvent la conséquence de troubles gastriques. L'œdème angioneurotique du larynx, les hémorrhagies de cet organe, les syncopes dans la phtisie laryngée, les hémorrhagies dans la cirrhose sont toutes causées par des troubles gastriques. Les sécrétions épaisses de la gorge viennent souvent de l'estomac. La dilatation de cet organe peut causer le spasme laryngé par compression du diaphragme. Dans la fièvre thyphoïde, les complications laryngiennes ne sont pas rares. On n'a pas cependant de preuves directes que les maladies du tube digestif causent celles des voies aériennes, supérieures mais la clinique permet de le supposer.

12. T. R. French (de Brooklyn). — **Affections chroniques du nez et de la gorge.** — Elles sont souvent associées aux troubles gastriques sans qu'on puisse prouver la relation de cause à effet. Beaucoup de causes de catarrhe frappent d'abord le tube digestif. Ses expériences ont porté sur cinquante étudiants tous malades de la gorge ou du pharynx. Quarante-sept avaient des troubles gastriques, quatorze étaient constipés, un seul avait la langue propre, quarante-cinq mangeaient vite, trente-trois fumaient, seize avaient de l'obstruction nasale, deux respiraient par la bouche. Le pharynx des fumeurs ne paraît pas en plus mauvais état que celui des non fumeurs. Dans vingt-trois cas de troubles gastriques chez les femmes, la moitié étaient franchement nerveuses, toutes avaient de la pharyngite, quatre la langue propre, quatre une obstruction nasale, quatre la respiration buccale additionnelle. Les troubles gastro-intestinaux semblent sans influence sur la marche de l'affection. Les troubles gastriques provoquent des réflexes vaso-moteurs.

Casselberry. — Türk a trouvé dans le naso-pharynx les mêmes

microbes que dans l'estomac. **En guérissant les maladies du pharynx on devrait guérir celles de l'estomac.**

13. Rankin (d'Allegheny). — **Blessure par coup de feu du pharynx.** — Un homme, en 1847, a eu le pharynx traversé par une balle. Malheureusement, il ne peut donner aucun renseignement sur les hémorrhagies ou la dysphagie. La plaie a parfaitement cicatrisé et l'homme a vécu environ cinquante ans.

Deuxième jour.

14. John Mackenzie (Baltimore). — **Anatomie pathologique des maladies de l'ethmoïde.** — Les tissus montrent des lésions d'inflammation chronique analogues à celles des autres inflammations extra-nasales. C'est donc à tort qu'on a qualifié ces lésions de myxomateuses.

15. H. L. Wagner. — **Sinusite purulente dans le saturnisme.** — (Sera analysé à part).

16. Mac Coy (Philadelphie). — **Étude sur l'irruption des dents dans les cavités nasales.** — L'irruption des dents dans ces régions peut causer non seulement de l'irritation avec sécrétion purulente mais aussi de la toux réflexe et du spasme laryngé. Dans un cas de sarcome l'auteur a trouvé la présence d'une dent introduite accidentellement dans les narines et il se demande si sa présence n'est pas pour quelque chose dans le développement de la tumeur.

17. A. Coolidge (Boston). — **Hémostase dans la chirurgie du nez et de la gorge.** — Lorsque le malade est anesthésié la position horizontale peut entraîner la chute du sang dans les voies respiratoires. Lorsqu'on opère dans le nez on peut tamponner les fosses nasales postérieures.

La position de Rose est préférée par plusieurs chirurgiens, celle de Trendelenburg protège la trachée dans la thyrotomie et les opérations sur le pharynx inférieur. Lorsqu'on opère sur les voies nasales supérieures, mieux vaut asseoir le malade face au chirurgien, la tête un peu penchée en avant. Cette position est plus commode pour les enfants que pour les adultes.

L'hémostase par compression, lorsqu'elle est possible, est préférable. L'hémorrhagie nasale est le plus souvent arrêtée par le tamponnement. Dans l'amygdalotomie, le serre-nœud ou l'anse galvanique évitent l'hémorrhagie.

18. F. J. Knight. — **Dysphonie spasmodique intermittente.** — L'affection est survenue chez un pasteur soudainement au milieu d'un long sermon. Son malade est le premier à lui connu qui ait bien décrit son mal pendant la consultation.

19. Gleitsmann (New-York). — **Tumeur du larynx.** — Malade de 18 ans, souffrant depuis un an d'enrouement sans amaigrissement, ni douleurs, ni toux, ni dyspnée, ni adénopathie. On trouve dans le ventricule droit du larynx une tumeur semblable à une boule de coton à bords irréguliers, mouvements normaux. L'examen microscopique montre une muqueuse épaissie papillaire recouverte d'un épithélium, proliférant à noyaux multiples. La couche épithéliale a tendance à envahir le tissu sous-jacent comme dans le carcinôme. Les glandes marginales ont perdu leur aspect normal.

Le malade est parti, on ne sait rien de son histoire après l'opération. Nulle part dans la littérature l'auteur n'a trouvé de description d'une tumeur blanc de neige comme celle-ci. Cette couleur fait penser à une tumeur éminemment maligne.

20. Solis Cohen. — **Tuberculose du larynx. Résultats du traitement.** — L'auteur a rapporté plusieurs cas traités spécialement par la formaldéhyde.

Voici son procédé. Lavage du larynx à l'eau oxygénée puis avec une solution alcaline. Badigeonnage à la cocaïne à 4 % puis avec une solution aqueuse de formaldéhyde de 2 à 10 % suivant la tolérance du malade et les progrès du mal. Cuisson légère pendant deux ou trois minutes. Ce traitement calme la toux comme le bromoforme. Ce dernier produit un certain degré d'anesthésie locale.

21. Rice (New-York). — **Quelques manifestations peu communes de la laryngite dite catarrhale.** — Il y a deux types de laryngite catarrhale : l'un qui survient à la suite d'obstruction du nez, l'autre consécutif à la rhinite atrophique. Dans ces deux cas le processus morbide commence par le nez ou les bronches.

Dans d'autres cas la laryngite survient le pharynx et le nez restant sains. Elle est alors plus aiguë.

Il y a encore des troubles laryngiens habituellement nommés laryngite catarrhale sans relations avec des affections du pharynx ou du nez. On les observe surtout chez les orateurs et chanteurs. Ils sont causés par le surmenage de la voix et une mauvaise méthode de respiration. Nous trouvons enfin :

a. Une atrophie générale des tissus mous, avec faiblesse générale des muscles du larynx.

b. Une hypertrophie de l'épiglotte avec larynx normal.

c. L'enrouement par hypertrophie des bandes ventriculaires.

d. Une vascularisation anormale et peut-être congénitale des bandes ventriculaires.

e. Une congestion localisée partielle du larynx indiquant probablement le surmenage des aryténoïdiens transverses ou de quelqu'autre groupe musculaire.

f. Le calus des chanteurs produit par une mauvaise méthode.

g. La fatigue musculaire avec enrouement ou aphonie.

Ces différentes variétés devraient avoir leurs noms propres comme elles ont leurs causes particulières.

Elles sont justiciables du traitement ordinaire, plus une gymnastique spéciale de la phonation et de la respiration.

Roaldès a noté la rougeur des cordes vocales surtout chez les basses et barytons. Ce phénomène est plus commun chez les arthritiques.

Simpson, se fondant sur les troubles laryngés auxquels peu de chanteurs échappent, conclut que le chant n'est pas un usage normal de la voix.

22. Roaldès. — **Fracture incomplète de la corne gauche du cartilage thyroïde par violence personnelle.** — Un homme de trente-sept ans avale un noyau d'olive. Pour se débarrasser de ce corps étranger il exerce une pression violente sur le larynx et perçoit un craquement. L'examen local conduit l'auteur à penser qu'il y a eu plutôt fracture du cartilage thyroïde que de l'os hyoïde.

23 Birkett (Montréal). — **Périchondrite de l'articulation crico-aryténoïdienne de cause extraordinaire.**

Troisième jour.

24. C. H. Knight. — **Conséquences éloignées de la syphilis et leur traitement** (analysé à part).

25. Nichols. — **Conséquences éloignées de la syphilis du pharynx** (analysé à part).

26. Simpson. — **Conséquences éloignées de la syphilis du larynx, leur traitement** (analysé à part).

Roaldès n'est pas partisan de l'opération de Rouge proposée par le Dr Knight. On obtient d'aussi bons résultats par le traitement intra-nasal. On peut employer le trépan pour percer le séquestre en différents points et l'écraser ensuite.

Flelcher Ingals. — Les ulcérations syphilitiques du cartilage sont rares en dehors des cas où l'os est envahi. Il n'y a guère plus de 10 °/₀ de perforation de cet os d'origine syphilitique. L'iode améliore les lésions tertiaires. Les hautes doses doivent être longtemps continuées.

Peyre Porcher appelle l'attention sur le diagnostic de la syphilis nasale avec la lèpre. Dans la syphilis il est partisan du mercure associé à de petites doses d'opium.

Th. Hubbard croit que le mercure accentue la destruction de l'os à moins qu'on ne puisse le désinfecter soigneusement.

Bryson Delavan a vu un cas d'occlusion complète du pharynx nasal par des adhérences. Il signale dans les opérations les dangers d'hémorrhagies primitives et secondaires.

27. Roaldès. — **Fibrochondrome d'origine branchiale, dit oreille surnuméraire enlevé de la gorge d'un enfant de six ans.** — L'enfant sans antécédents héréditaires avait depuis sa naissance des troubles respiratoires avec accès de strangulation. L'examen de la gorge révèle la présence d'une tumeur qui semblait lorsque l'enfant criait, descendre derrière le voile du palais jusque sur la base de la langue et l'entrée du larynx. Elle paraissait recouverte d'une enveloppe cutanée. Le pédicule fut trouvé sur le pilier postérieur gauche, pharynx libre. La tumeur fut enlevée par évulsion. Elle contenait des nodules cartilagineux, du tissu cellulaire et était recouverte de peau.

28. Swain. — **Affections aiguës de l'amygdale linguale** (analysé à part).

29. Th. Hubbard (Toledo). — **1° Traitement de la laryngite aiguë simple et de la bronchite.** — Pour rétablir la sécrétion muqueuse le meilleur des expectorants est l'apomorphine. Sauf dans les cas très aigus et chez les débilités les stimulants sont inutiles. Tous les traitements abortifs sont dépréciés.

2° Traitement d'un épithéliome squameux du voile du palais par les injections de chlorate de potasse. — Le malade avait depuis un an sa tumeur. Tous les traitements locaux avaient échoué. Il était devenu cocaïnomane. On le traita d'abord de sa cocaïnomanie, puis, avec une aiguille courbe de platine, on fit une injection de chlorate de potasse qui détruisit la masse centrale. Les bourgeons épithéliaux qui repoussaient furent successivement cautérisés. La cicatrisation se fit rapidement. Le malade a engraissé de quatre livres en deux mois. Depuis deux ans, la guérison s'est maintenue.

30. Bliss (Philadelphie). — **Deux cas de sarcome des sinus.** — Dans le premier cas on fit l'ouverture des sinus, le malade mourut six semaines après. Le second cas fut considéré comme inopérable.

L. R. REGNIER.

BIBLIOGRAPHIE

L'oreille. Physiologie. Physiogénie et Mécanisme, par Pierre Bonnier, avec une préface de A. Giard, professeur à la Sorbonne (Masson, éditeur, Paris, 1896).

Sortir des sentiers battus, oser s'aventurer dans une voie nouvelle hérissée d'obstacles, entreprendre une œuvre exigeant un sens critique très sûr et très aiguisé, une connaisance approfondie des plus petits détails, un esprit philosophique exercé, constituent un coup d'audace que bien peu peuvent risquer sans témérité.

C'est ce que vient de faire P. Bonnier en publiant sur l'oreille une étude complète en cinq volumes qui ont trait successivement à l'*anatomie de l'organe auditif, sa physiologie* (*physiologie et mécanisme*), *ses fonctions, sa pathologie interne et sa pathologie externe.*

Nous allons essayer de résumer aussi clairement que possible les points principaux du deuxième volume : *Physiologie. Physiogénie et mécanisme.*

Signalons d'abord que cette étude ne peut être comprise sans être lue très attentivement. Elle paraît aride au début, mais elle devient peu à peu attrayante, et l'intérêt augmente à mesure qu'on en a mieux saisi les principes. C'est alors que l'on peut se convaincre de l'influence considérable que les sciences naturelles devraient exercer sur les diverses branches de la médecine et surtout en physiologie.

Les procédés actuels d'expérimentation dans les laboratoires reposent sur un préjugé qui entrave la marche des progrès à accomplir, car « les fonctions très générales s'étudient surtout « commodément chez les organismes les moins différenciés ».

L'auteur, suivant cette voie nouvelle, a envisagé l'oreille d'abord au point de vue *physiogénique*, puis, dans la seconde partie de ce volume, il analyse les attributions physiologiques de chacune de ses parties prises séparément, comme on pourrait le faire des pièces démontées d'une machine. Dans le troisième volume de la série il en synthétisera les fonctions.

La *Physiogénie* est donc la base sur laquelle repose tout l'édifice physiologique.

« Par ce mot de physiogénie, il faut entendre, dit le Prof. « Giard, le développement d'un appareil physiologique à travers « la série animale, en laissant de côté la parenté réelle des ani- « maux chez lesquels existe cet appareil ».

Il ne sera peut-être pas inutile de bien faire comprendre cette définition.

Dans la série animale, il ne faut pas croire que tous les organes suivent une marche progressive uniforme dans leur développement, de telle sorte que moins le rang occupé par l'individu est élevé, plus imparfaits doivent en être fatalement tous les organes. Ce serait une grande erreur. La dignité d'un organe ne correspond pas à celle de l'individu, et ceci est surtout vrai pour les organes des sens.

Si donc on étudie un organe en particulier, on ne peut suivre l'ordre de la classification, et pour retrouver des formations similaires, il faut sauter parfois à des groupes très disparates. On comprendra facilement que pour les organes sensoriels les conditions extérieures de milieux puissent agir énergiquement sur leur constitution.

En un mot, la physiogénie ne coïncide pas toujours avec la physiologie physiogénique.

« L'œil des vertèbres, comparé à celui des céphalopodes, est « un exemple bien connu d'organes ayant un développement « *physiogénique* identique, bien qu'ils appartiennent à des « groupes *phylogéniquement* très distincts ».

Il est important de bien saisir cette différence si l'on veut avoir une idée nette de ce qui va suivre.

Si maintenant on examine l'évolution de la fonction auditive dans la série animale, depuis son expression la plus simple jusqu'à sa formule la plus complexe, en superposant les variations fonctionnelles aux transformations morphologiques, on pourra se rendre un compte exact de cette fonction et interpréter avec certitude le mécanisme réel des parties constituantes de l'organe. La physiologie comparée et la sériation physiogénique sont seules capables d'éclairer le physiologiste.

Aussi, on ne devra pas être surpris de trouver dans cette étude des idées nouvelles opposées aux idées reçues jusqu'à présent, et qui ont conduit l'auteur à une théorie de l'audition bien différente de celles d'Helmholtz et de Hurst:

En procédant ainsion trouve que les éléments primordiaux

de toutes les fonctions auriculaires sont constitués en dernière analyse par une simple tactilité ectodermique.

Le sens du tact comprend quatre formes :

1° S'il s'agit d'un milieu solide ou fluide, la variation de pression détermine la sensation de contact ; c'est le *toucher proprement dit.*

2° Si cette variation de pression du milieu solide présente un caractère périodique, il y a sensation de trépidation ; c'est ce qu'on appelle perceptions *sismesthésiques* (de σεισμος, trépidation).

3° Si maintenant c'est d'un milieu fluide que viennent les variations de pression du contact, il y a perception de pesanteur, de pression plastique en quelque sorte ; on dit qu'il y a analyse *baresthésique*.

4° Enfin, si ces variations de pression du milieu fluide affectent un caractère périodique, il y aura sensation *séisesthésique* (de σεισις, ébranlement).

Ces diverses modalités du tact permettent *l'orientation objective* et *l'orientation subjective.*

Telles sont les six fonctions du tact. L'étude de leur développement pourra fournir des notions précieuses sur l'origine des fonctions auriculaires les plus différenciées et les plus parfaites.

L'auteur divise ensuite toutes les formations, qui, de l'ectoderme simple, conduisent à l'oreille de vertèbres supérieurs, en 5 groupes, afin d'éviter de continuelles confusions.

Ces groupements sont :

1° Les organes marginaux ;

2° Les organes centraux ;

3° Les organes otocystiques ;

4° Les organes latéraux ;

5° Les organes labyrinthiques.

Nous ne pouvons, dans une simple analyse, résumer cette intéressante partie du volume ; ou bien nous n'en donnerions qu'un aperçu trop incomplet et incompréhensible, ou bien il nous faudrait entrer dans des développements que ne comporte pas un semblable travail.

Nous le regrettons d'autant plus vivement qu'elle contient l'ensemble des connaissances indispensables pour comprendre l'enchaînement des formations successives du sens de l'ouïe à travers la série animale, et éclaire d'un jour nouveau nombre de questions physiologiques restées douteuses ou mal interprétées.

De nombreuses figures très claires en facilitent la lecture.

Nous appelons tout spécialement l'attention sur cette étude fondamentale « qui ne sera pas seulement utile aux biologistes, « comme le dit le Prof. Giard dans sa préface, mais aussi à tous « ceux qui s'intéressent aux origines et aux modalités de la pen- « sée humaine ».

Dans la seconde partie de ce volume l'auteur étudie les attributions physiologiques des diverses parties de l'oreille qui peuvent résulter de leurs caractères anatomiques.

Il prend séparément chaque pièce de la machine et en analyse le rôle.

Dans cette recherche analytique il fait table rase de toutes les théories admises et ne considère que ce qu'il voit en basant son appréciation sur la physiogénie, la physique, etc.

Il passe en revue successivement l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. En lisant ces pages, on pourra se convaincre que l'auteur y fait preuve d'un sens critique très sûr et très aiguisé. Son raisonnement très serré montre d'une façon précise la relation qui unit la conformation anatomique de chaque organe à son fonctionnement.

C'est ce que l'on trouvera dans sa critique des expériences de Gellé, dans son examen de la mécanique des osselets, de la compensation tubo-tympanique, de la compensation labyrinthique, etc...

Il tient à bien établir, en s'appuyant sur l'anatomie, la physiologie et la clinique, que les phénomènes qu'il décrit *ne peuvent pas ne pas se produire*. Pour notre part, nous pensons qu'il y a réussi. H. DU F.

L'oreille. Physiologie. Les Fonctions, par P. BONNIER. Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire, publiée sous la direction de M. LÉAUTÉ, membre de l'Institut (Tome III, Masson, éditeur, Paris, 1896).

Dans la première partie de l'Étude physiologique de l'oreille, P. Bonnier a procédé par voie analytique ; dans cette seconde partie il synthétise les notions acquises.

L'anatomie comparée et la sériation phylogénique avaient montré l'évolution progressive des diverses parties de l'organe, dont la structure se complique à mesure qu'il doit servir à un usage plus délicat et plus complexe.

Comme conséquence, l'auteur en a déduit pour l'oreille

humaine, le fonctionnement propre aux différentes pièces considérées isolément. Maintenant, il envisage la machine dans son ensemble, avec tous ses rouages en place, et examine comment elle fonctionne.

Il passe successivement en revue les fonctions suivantes :

1° Orientation subjective directe ou sens des attitudes céphaliques.

2° Fonctions manoesthésiques.

3° Fonctions baresthésiques.

4° Fonctions sismesthésiques.

5° Fonctions seisesthésiques.

6° Orientation auriculaire objective.

7° Orientation subjective indirecte.

8° Fonctions auditives.

9° Réflexes auriculaires.

Au lieu d'analyser ces divers chapitres successivement, j'ai préféré me borner à exposer les principes sur lesquels reposent la théorie de l'audition de P. Bonnier.

Elle est réellement la synthèse de son œuvre et en la comparant aux autres théories, on pourra en saisir les différences et en apprécier toute la valeur.

Contrairement à tout ce qui a été admis jusqu'ici, l'auteur démontre que le mode de perception des sons se fait pour l'oreille suivant la règle commune à tous les autres appareils sensoriels.

De plus, les papilles auditives ne sont pas impressionnées par l'ébranlement sonore lui-même, mais par un autre ébranlement de nature différente qui en dérive.

Enfin, la papille cochléaire ne doit pas être assimilée *aux résonnateurs*, mais bien aux appareils *enregistreurs*.

D'abord, pourquoi l'oreille serait-elle en dehors de la loi commune qui régit en physiologie les autres perceptions sensorielles ? Y a-t-il autant d'éléments tactiles que de degrés de température, etc ? La rétine possède-t-elle autant de segments spéciaux qu'il y a de nuances dans le spectre ?

Ne faut-il pas admettre plutôt que l'accumulation des éléments nerveux en un même point n'est pas en rapport avec la *modalité*, mais avec l'analyse plus délicate de la *forme* ?

Les notions anatomiques aujourd'hui connues démontrent la réalité de cette hypothèse.

L'ébranlement sonore, avant d'impressionner les terminaisons nerveuses, doit traverser des milieux inertes ; il se produit alors

une nouvelle forme d'oscillation. La première est la force initiale, la seconde est une force secondaire qui en dérive comme la tension de la vapeur d'eau dérive de la chaleur dans une machine à vapeur.

Il faut donc distinguer le travail produit par chacune de ces deux forces.

Or, ce n'est pas l'ébranlement sonore initial qui impressionne directement les terminaisons nerveuses. Ce fait est démontré par la clinique.

L'ébranlement sonore peut toujours traverser les milieux de l'oreille, et, sa vitesse de propagation augmentant au niveau des parties solides, on peut dire que plus une oreille est sclérosée, rigide, ossifiée, plus elle conduit intégralement le son, alors que la perception physiologique disparaît.

Ce n'est donc pas *l'oscillation moléculaire* qui produit cette perception, mais bien *l'oscillation totale.* L'audition souffre de tout obstacle à *l'oscillation en totalité* d'une quelconque des parties de l'appareil auriculaire.

La fonction des papilles cochléaires consiste à analyser l'oscillation totale.

En physique, on sait que le son ne peut être analysé qu'au moyen de deux sortes d'appareils, *les résonnateurs* ou les *enregistreurs.*

L'auteur après avoir bien établi que le limaçon ne peut être considéré comme un appareil de résonnance, fait voir comment sa structure anatomique explique son rôle d'*enregistreur.*

L'oscillation totale se transmet au niveau de sa base toujours au même point.

La membrane basilaire est jetée entre la lame spirale et la paroi externe du canal cochléaire ; elle est surmontée d'un épithélium aplati au niveau des attaches, mais formant au centre un bourrelet cellulaire relativement énorme. Au point de vue mécanique on peut considérer toute la papille comme un gros cordon épithélial suspendu latéralement par des attaches membraneuses flexibles.

Si l'on secoue transversalement l'extrémité d'un cordon ainsi suspendu, on démontre en physique que l'oscillation se propage à tous les points de ce cordon, et cette série d'oscillations transversales figure une oscillation longitudinale, qui se propage le long de la corde et rappelle complètement celle qu'inscrit le stylet sur la surface sensible des enregistreurs.

Tous les points du cordon oscillent successivement avec la

même périodicité que le point initial. Mais l'oscillation dérivée est plus explicite que l'oscillation initiale parce qu'elle intéresse simultanément un plus grand espace.

Partant de ce principe, il est facile de se rendre compte comment se fait l'analyse élémentaire de la courbe ondulatoire.

Nous ne pouvons ici entrer dans les détails ; il nous faudrait en effet citer en entier ce passage où l'auteur montre avec une grande clarté les phénomènes physiologiques qui permettent à l'oreille de percevoir l'*intensité*, la *périodicité* et la *forme* de l'ébranlement, et fait voir l'analogie complète qui existe entre la perception visuelle et la perception acoustique.

Ce qui précède concerne la transmission du son par le milieu aérien. Il est applicable en entier à la transmission par les os du crâne, et les expériences de Rinne, de Weber, etc., etc., en reçoivent une explication simple et logique.

Signalons en terminant une remarque très juste de l'auteur. On répète toujours que le son possède trois qualités : l'*intensité*, la *hauteur* et le *timbre*.

En réalité, le son n'a que deux qualités : l'*intensité* et la *hauteur*.

Il est absurde, en effet, d'y ajouter le timbre. Celui-ci n'est que la résultante de la composition de plusieurs sons que l'on a nommées *harmoniques*.

Dire que le timbre est une qualité du son équivaut à dire que le *nombre* est la qualité de l'*unité*.

Un seul son, pris à part, ne peut avoir comme qualité d'être *plusieurs*.

En résumé, la théorie de l'audition de P. Bonnier repose sur une étude physiologique complète qui n'avait pas encore été faite jusqu'ici.

Dans ces deux remarquables volumes, tout s'enchaîne, tout se suit avec ordre et méthode ; aucune déduction n'est affirmée si elle ne repose sur l'analyse la plus approfondie des faits anatomiques et des lois physiologiques générales.

L'auteur raisonne sans idées préconçues ; il montre ce qu'il voit et ce que tout le monde peut voir. Rien de ce qu'il avance n'est une conception arbitraire de l'esprit. Sa théorie est la conséquence de l'examen de faits réels, qui ne peuvent pas ne pas exister, étant donnée la conformation anatomique de l'oreille ; elle est avant tout physiologique, séparant ce qui appartient à la physiologie de l'organe de ce qui n'est que la physique des

laboratoires ; elle se trouve en accord parfait avec les données fournies par la clinique.

Mais elle a, de plus, à nos yeux, un autre mérite sur lequel nous appelons spécialement l'attention. Elle démontre que la perception auditive suit la loi commune aux autres perceptions sensorielles. La nature n'a pas fait d'exception pour l'oreille comme on a voulu l'admettre dans les théories présentées jusqu'à ce jour. Il était permis cependant de soupçonner cette erreur malgré les séduisantes déductions d'Helmholtz, mais sans pouvoir la rendre évidente. Il fallait un semblable travail pour dissiper tous les doutes. H. DU F.

ANALYSES

I. — *OREILLE*

Anatomie topographique de l'oreille dans ses rapports avec la forme du crâne, par Schulzke (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, Bd. 40, n[os] 3-4, 1896).

L'auteur termine son consciencieux travail par les conclusions suivantes :

1° Comme points d'orientation pour l'ouverture de l'antre mastoïdien, il faut considérer comme d'égale valeur le bord supérieur de l'ouverture externe du conduit auditif, l'épine suprameatum, la ligne temporale.

2° En ce qui concerne les rochers dangereux, aucune indication n'est fournie par la forme du crâne. Des recherches précises ont, en effet, montré que la situation de la fosse cérébrale moyenne, et la projection en avant et en dehors du sinus n'avaient aucun rapport avec le type anthropologique. Les conclusions de Körner doivent donc être considérées comme erronées.

3° On peut affirmer que la fosse cérébrale moyenne ne descend pas à la même profondeur des deux côtés, mais il n'est pas sûr que la prédominance soit pour le côté gauche. Il paraît plus certain que le sinus droit descend plus profondément dans l'os que

le sinus gauche et donne plus souvent la forme dangereuse. C'est là un point à ne pas oublier pour l'opérateur.

4° La forme et l'état de l'apophyse mastoïde n'ont aucune importance pour faire reconnaître les rochers dangereux. M. LS.

De l'audition supposée chez les pigeons privés de labyrinthe, par BERNSTEIN (*Pflüger'sArchiv*, t. LXI et Anal. in *Arch.of otology*, n° 2, avril 1896).

Bernstein dit que chez les pigeons dont le labyrinthe a été détruit, on n'observe aucune réaction auditive en faisant parvenir à l'oreille, au moyen d'un tube acoustique, des bruits à tonalité basse ou le bruit éclatant d'un coup de pistolet. Les pigeons réagissent, au contraire, lorsqu'on siffle à quelques centimètres d'eux. Mais les pigeons dont les conduits et les tympans ont été obstrués par du plâtre de Paris, réagissent de la même façon, de sorte qu'on peut admettre qu'en réalité ils n'entendent pas, mais sont impressionnés par les vibrations qui arrivent sur le corps tout entier.

Dans un travail contenu dans le même numéro des *Archives de Pflüger*, Wundt soutient, contrairement à Bernstein, que les pigeons dépourvus de labyrinthe sont encore susceptibles d'entendre. M. LS.

Les troubles auditifs chez les plongeurs, par KOCH (Anal. in *Arch. of otology*, n° 3, av. 1890).

Les sensations subjectives les plus marquées sont les sensations de pression à la descente ; elles commencent à deux mètres, ne manquent jamais à quatre mètres. Elles sont parfois très intenses, à caractère de douleur lancinante ; elles sont diminuées par la déglutition et cessent dès que le plongeur touche le fond. — Les sensations en remontant sont beaucoup moins accusées, ce qui est probablement dû à un échappement plus facile de l'air par la trompe d'Eustache. — Les sensations après la sortie comprennent la plénitude ou la surdité de l'une ou des deux oreilles.

Les modifications objectives consistent dans la dépression de la membrane du tympan, avec saillie des osselets et parfois gonflement de la membrane de Shrapnell, dans des troubles vasomoteurs, hypérémie et transsudation dans la caisse et enfin dans des troubles de l'audition qui ne sont pas persistants.

Les lésions pathologiques sont rares : un cas de rupture du

tympan et un cas d'otite moyenne par pénétration de mucus dans l'oreille moyenne par la trompe. Les hémorrhagies dans le labyrinthe et le nerf sont hypothétiques.

L'auteur conclut : 1° qu'il faut interdire cet exercice aux personnes qui ont de l'obstruction de la trompe, des cicatrices ou une atrophie marquée de la membrane tympanique. 2° Le séjour sous l'eau doit être intermittent dans le cas de coryza ou de pharyngite. 3° On doit l'interdire dans le cas de bourdonnements qui ne disparaissent pas dans un court espace de temps ou qui reviennent après chaque immersion. 4° La déglutition est le meilleur remède dans le cas de douleur. 5° Il est absolument inutile d'obturer les oreilles externes. M. LS.

L'audition dans l'atrésie congénitale bilatérale des conduits avec pavillon rudimentaire, par F. Bezold, de Munich (*Arch. of otology.*, n° 2, avril 1896).

A l'occasion de deux cas de cette malformation congénitale où il a pu examiner le pouvoir auditif, Bezold fait remarquer que les troubles de l'audition sont les mêmes que ceux qui existent dans les lésions de l'appareil conducteur et surtout dans la fixation de l'étrier. Il existe, en effet, une augmentation de la durée de la conduction osseuse, le Rinne est négatif et il y a une diminution de la conduction aérienne. En d'autres termes, dans cette malformation, la lésion est localisée dans les oreilles moyenne et externe et non dans l'oreille interne.

C'est ce que démontre, d'ailleurs, l'examen des autopsies publiées. Aux treize cas rassemblés par son élève Joël, Bezold en ajoute trois autres publiés récemment par Ranke. Les lésions portent sur l'anneau tympanique qui est le plus souvent absent ainsi que toute trace du conduit. Le marteau et l'enclume sont rudimentaires et habituellement aussi l'étrier qui peut, de plus, être soudé.

Mais dans dix cas sur seize, le labyrinthe était absolument normal, ou seulement un peu plus petit, ce qui correspond aux résultats fournis par l'examen du pouvoir auditif. M. LS.

I. Dysbasie hystérique avec otalgie hystérique. — II. Altération du conduit auditif osseux dans les crânes déformés. (Communications faites au Congrès des otologistes allemands à Nüremberg, en mai 1896, par Hartmann.)

Un garçon de 11 ans est atteint d'otite moyenne aiguë; traitée par

la paracentèse, elle guérit rapidement ; six mois plus tard, l'enfant est pris de violentes douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde, une trépanation de l'apophyse montre qu'elle est absolument normale, mais l'opération fait néanmoins cesser toute douleur, et l'enfant se porte bien jusque vers l'âge de 13 ans ; un jour, il est pris subitement de fièvre qui dure 2 jours, de douleurs mastoïdiennes avec irradiations dans la tête ; quelques jours après il ne peut plus marcher. On croit à des accidents du côté de l'oreille, mais une nouvelle paracentèse ne donne rien, et l'enfant est une seconde fois adressé à l'auteur, qui établit avec le Prof. Oppenheim le diagnostic d'astasie-abasie, et d'otalgie de nature hystérique ; en effet, quelques séances d'électrisation amenèrent une guérison complète.

Il s'agit des crânes artificiellement aplatis des indigènes du Pérou, qui le compriment entre des planches du menton à l'occiput ; l'auteur en présente plusieurs à la société ; le conduit auditif est aplati et rétréci, l'os tympanique présente des perforations en nombre variable, parfois il en est criblé ; les malformations sont souvent asymétriques, ce qui montre bien qu'elles ne sont point congénitales. M. N. W.

Corps étranger de l'oreille, par Kuhn, (*Deutsche med. Woch.* 1896, n° 19).

Une enfant de 5 ans s'introduit dans l'oreille une petite pierre et des tentatives d'extraction sont naturellement faites aussitôt ; lorsque l'enfant arrive le lendemain à la clinique, le conduit auditif est écorché, un lavage fait sortir un autre corps étranger, qui est la cuillère d'une curette tranchante, mais la pierre est absolument enclavée et résiste à toutes les tentatives d'extraction, qui sont finalement abandonnées. Mais au bout de quelques jours, on vit se développer des phénomènes inflammatoires locaux et généraux, qui rendirent une intervention urgente ; la pierre ne put être retirée qu'après rabattement du pavillon de l'oreille et ouverture de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux, dans l'espace d'un 1/2 cent. Le tympan était largement perforé ; une otorrhée abondante persista plusieurs semaines, et n'avait pas complètement cessé au bout de deux mois. La plaie opératoire se cicatrisa sans accidents.

M. N. W.

Bactériologie de l'otite moyenne purulente chronique, par L. Stern, de Metz (*Arch. of otology*, n° 2, avril 1896).

Travail fait à la clinique de Bezold et au laboratoire d'Emmerich. Il confirme cette notion déjà connue,qu'il n'y a pas de bactérie caractéristique de l'otorrhée.

Parmi les espèces connues, l'auteur a trouvé le staphylococcus albus, six fois, l'aureus, deux fois, le streptococcus pyogenes, trois fois, le coli bacille, une fois.

Dans les formes non classées, il a obtenu les cultures de bacilles non liquéfiants fétides, une fois, non fétides, neuf fois ; liquéfiants et fétides, quatre fois, non fétides, quatre fois. Quatre fois, il y avait des vibrions à colonies non liquéfiantes, et trois fois des cocci non liquéfiants. Il faut, en outre, tenir compte des cas à bacille de Koch. M. LS.

Inflammation aiguë de l'oreille moyenne due au bacille pyocyanique par Pes et Gradenigo, de Turin (*Arch. of otology*, n° 2, avril 1896).

Le bacille du pus bleu a déjà été trouvé plusieurs fois dans les supputations de l'oreille, par Maggiora et Gradenigo dans la furonculose du conduit, par Gruber et par Rohrer, dans l'otite purulente aiguë et aussi par Kanthack, Martha, Kossel.

Les auteurs en rapportent brièvement deux nouvelles observations : la première concerne un homme de 53 ans, ayant une double suppuration, datant de vingt jours, et consécutive à l'influenza.

Dans le second cas, il s'agissait aussi d'une otite aiguë, liée à la grippe, chez un homme de 52 ans, qui se présenta avec un tympan non encore perforé. Le liquide recueilli immédiatement après la paracentèse, montra invariablement dans toutes les cultures le bacille pyocyanique. M. LS.

Diagnostic et traitement du cholestéatome dans l'otite moyenne purulente chronique, par A. Scheibe, de Munich (*Arch. of otology*, n° 2, avril 1896).

L'auteur admet l'opinion de Habermann et de Bezold sur la nature du cholestéatome qu'il considère comme un processus évoluant vers la guérison; pour lui comme pour ces auteurs, il ne s'agit pas d'une tumeur au sens de Virchow, mais seulement de

la transformation épidermoïque de la muqueuse sous l'influence de la pénétration de l'épiderme du conduit ou de la membrane tympanique.

Il admet comme condition de la production du cholestéatome, une perforation périphérique ou une perforation centrale dont les bords sont adhérents à la face interne de la caisse. Au contraire, le cholestéatome ne se produit pas lorsque la perforation est centrale, même si elle est très large, à condition que les bords restent libres.

Mais ce même processus qui peut être considéré comme curateur dans la caisse du tympan, peut avoir des conséquences désastreuses s'il s'étend à l'aditus et à l'antre.

Sur quarante-cinq cas qu'il a traités, l'auteur en indique trente-huit chez lesquels il fit l'injection et l'insufflation directe avec le tube tympanique : 47 °/₀ ont été guéris; 11, ou 29 °/₀, sont encore en traitement; 8 ou 21 °/₀ ont disparu. L'un de ces derniers mourut plus tard d'abcès cérébral. Un seul a été guéri par la trépanation.

Après avoir passé en revue les différentes méthodes opératoires de Kessel, Schwartze, Stacke, Siebenmann, l'auteur conclut de la façon suivante :

S'il y a des symptômes urgents, il faut ouvrir l'apophyse mastoïde et faire en même temps la résection de la partie postérieure du conduit auditif. — S'il n'y a pas de symptômes urgents, faire des injections et des insufflations avec le tube tympanique après avoir, s'il est nécessaire, enlevé les granulations qui peuvent exister. Si le passage vers l'aditus est trop étroit, on enlèvera le manche du marteau.

La persistance de la fétidité, malgré la continuation du traitement, est une indication à la résection de la paroi postérieure, même s'il n'y a pas de complication grave. M. LS.

Les méthodes de traitement dans les processus adhésifs de l'oreille moyenne, par Vulpius, de Weimar (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, Bd. 41, Hft 1, 1896).

Il s'agit tout d'abord d'une longue revue de tous les procédés qui ont été préconisés contre les scléroses et les processus adhésifs de l'oreille moyenne, à commencer l'insufflation d'air et le cathétérisme auxquels il ne paraît attacher qu'une importance médiocre. Il préfère l'aspiration sur le conduit auditif externe, soit avec le masseur de Delstanche, soit comme il le pratique lui-même avec une seringue munie d'un embout adapté à

l'oreille : il fait un nombre considérable de mouvements très courts d'aspiration et de refoulement en une minute. Ce procédé se rapproche, comme action, de l'emploi de la sonde de Lucæ et agit favorablement dans les mêmes cas.

A propos de la phonothérapie récemment préconisée à nouveau, il indique comme ayant des résultats extraordinaires sur les bruits subjectifs, mais malheureusement passagers, le procédé de Simrock, qui consiste à mettre en contact avec le tympan l'extrémité d'une sonde de baleine ou de celluloïde, dont l'autre bout touche la branche vibrante d'un diapason. Le vibromètre et le vibrophone sont dérivés de cette méthode très simple et ne lui sont pas supérieurs.

La paracentèse du tympan, la section du pli postérieur, l'enlèvement des deux premiers osselets soit simple, soit combiné, ne donnent des résultats que dans un nombre de cas assez restreints. L'auteur décrit un appareil qu'il emploie pour faire l'extraction de l'enclume, opération qui lui a bien réussi dans quatorze cas (neuf fois pour de la carie des osselets, cinq fois pour des processus adhésifs). Quant à l'extraction de l'étrier, dont il rapporte quatre cas, il ne faut pas oublier que c'est une opération parfois dangereuse et dont les indications sont d'ailleurs insuffisamment précisées.

La partie la plus originale de ce travail est celle où Vulpius indique quel est son traitement interne pour les processus adhésifs de la caisse. Se basant sur ce que la surdité qui accompagne parfois le myxœdème disparaît sous l'influence du traitement thyroïdien, il a traité un certain nombre de ses malades par les tablettes de glande thyroïde. Cette médication ne donne rien dans les vieilles scléroses, mais chez les sujets encore jeunes, alors qu'il semble s'agir de processus hyperplasiques, on obtient des améliorations étonnantes au bout de cinq à six jours. Si, d'ailleurs, on n'a pas de résultat au bout de une à deux semaines, il faut renoncer au traitement. Il conseille, d'ailleurs, de lui associer le massage du tympan par la méthode qu'il a indiquée. M. LS.

De l'ouverture opératoire de l'oreille moyenne, par VICTOR URBANTSCHITSCH (*Wien. klin. Woch.* 1896, p. 653).

Dans l'espace des deux dernières années, l'auteur a eu l'occasion de pratiquer cette opération soixante-douze fois chez des individus de tous les âges, atteints d'otite depuis un temps qui

variait de quelques mois à quelques années et jusqu'à 32 ans. Dans 12 cas il s'agissait de cholestéatomes proprement dits, 60 cas se rapportent à la carie de l'oreille. L'antre mastoïdien a été trouvé le plus souvent de dimension moyenne, rudimentaire douze fois, de volume exagéré dix-huit fois; dans cinq de ces derniers cas, la cavité de l'antre s'étendait en arrière jusqu'à la fosse cérébelleuse, et la dure-mère cérébelleuse se trouvait deux fois ainsi mise à nu, limitant directement l'antre mastoïdien. Ces cas appartenaient à des cholestéatomes ; quatre autres cas de mise à nu de la dure-mère ont été observés dans des otites carieuses au niveau du cervelet, et trois fois le lobe découvert était le temporal. Dans un de ces cas, la dure-mère avait été trouvée déjà perforée, et la substance cérébrale nécrosée faisait saillie dans la caisse du tympan à travers la perforation de la voûte tympanale ; ce cas ne présenta d'ailleurs aucun symptôme grave, et sa marche fut favorable. Le sinus latéral fut trouvé découvert, ou mis à découvert par l'opérateur dans un grand nombre de cas, une fois jusqu'au bulbe de la jugulaire ; dans un cas, les symptômes indiquant une thrombose, le sinus fut ouvert et son bout central, en effet, se trouvait oblitéré, l'issue fut favorable. Les osselets de l'ouïe ne furent trouvés sains que dans 10 cas. Le nerf facial n'était paralysé complètement que dans un cas ; la paralysie s'atténua d'ailleurs beaucoup quelques mois après l'opération ; les cas de parésie légère guérirent complètement. Il n'y a pas eu un seul cas de paralysie opératoire, même lorsque des contractions s'étaient produites durant la trépanation, mais on vit survenir dans 6 cas des parésies faciales le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Une hémorrhagie artérielle violente eut lieu deux fois, provenant de l'artère méningée moyenne, probablement. Des mouvements convulsifs se produisirent chez une enfant de 8 ans, pendant le curettage de l'antre, ils affectèrent les membres du côté opposé à la lésion, et se répétèrent encore dans la même journée. Un abcès sous-duremérien fut observé huit jours après la trépanation ; largement ouvert et vidé, il ne compliqua point la guérison. Dans un cas, le cholestéatome s'était compliqué d'un abcès de la base du crâne, qui ne put être atteint, et causa la mort du patient. Sur 72 opérés, l'auteur compte cinq décès, dont trois par méningite, un à la suite d'un abcès non diagnostiqué du lobe temporal, et un, par pneumonie métastatique. Dans 28 cas, la dessication a été complète dans un espace de temps variable : 13 cas en six à douze semaines ; 8 cas en trois à quatre mois, 4 cas en cinq à six mois, 3 cas en

sept à seize mois ; 19 autres cas ne présentent que par moments une légère sécrétion ; les autres opérés sont encore trop récents. Lorsque l'oreille est sèche, ou la sécrétion très faible et la cavité bien accessible par le méat, on permet à la fistule de se fermer ; il faut savoir que sa persistance indéfinie dans ces cas est non seulement inutile, préjudiciable au point de vue social, mais qu'elle peut être localement nuisible. M. N. W.

Otites et mastoïdites, par P. Raugé (*Bulletin médical*, 24 juin 1896).

Pour l'auriste, l'oreille moyenne comprend, outre la caisse elle-même, l'antre et les cellules mastoïdiennes. L'oreille moyenne, envisagée dans son ensemble, est formée par une série de cavités communicantes et constitue un canal continu que ferment normalement à ses deux bouts le tympan et les parois mastoïdiennes, mais que les lésions pathologiques (perforation du tympan, fistules mastoïdiennes), transforment fréquemment en un tunnel ouvert.

Jusqu'à ces dernières années, chirurgiens et otologistes se tenaient strictement cantonnés, les premiers à l'apophyse dont ils osaient rarement dépasser l'épaisseur de la coque osseuse, les seconds s'arrêtant comme moyens suprêmes au curettage de l'attique et à l'ablation des osselets. Cependant, ils finirent par sortir des limites qu'ils s'étaient pour ainsi dire tracées. Le chirurgien, en poursuivant les lésions, fut amené peu à peu, d'abord à pénétrer dans l'antre, puis à traverser l'aditus, à entrer enfin dans l'attique. De leur côté, les auristes sortaient peu à peu de la caisse, constatant que dans les vieilles otorrhées, l'aditus et les cellules mastoïdiennes ne sont pas indemnes. Ce second fait a une grande importance pratique, puisque des documents opératoires modernes il ressort nettement que si les lésions inflammatoires débutent dans la cavité tympanique, elles n'y restent pas longtemps limitées et que si l'otite moyenne est le prélude nécessaire de toute suppuration mastoïdienne, la mastoïdite, à son tour, est la conséquence obligée de toutes les suppurations de la caisse, en un mot que les lésions de l'oreille sont toujours des lésions totales.

C'est par un rapprochement instructif que R. explique la contradiction qui existe entre la clinique d'autrefois, et la clinique d'aujourd'hui. Il compare la mastoïdite à la sinusite maxillaire. La sinusite aiguë à grand fracas, la seule connue pendant longtemps et aussi la seule opérée, représente la mastoïdtie aiguë qui,

pour ainsi dire, force la main du chirurgien. Mais il existe aussi un empyème latent du tissu maxillaire, source de nombreuses rhinites purulentes, qu'on ne connaît et qu'on n'opère que depuis peu de temps. Nous observons exactement la même chose du côté de l'apophyse mastoïde. En outre, les cellules mastoïdes s'ouvrent dans l'oreille moyenne par l'aditus, comme le sinus maxillaire dans les fosses nasales par l'ostium maxillaire. Que ces orifices viennent à s'obturer, empêchant ainsi le libre écoulement du pus, aussitôt éclateront des phénomènes aigus. Enfin l'analogie des dispositions anatomiques, des phénomènes pathologiques, permet aussi de conclure à la même marche de l'infection venant de l'extérieur par la trompe ou par une perforation tympanique dans un cas, par les fosses nasales dans le second cas.

En terminant, l'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic de ces mastoïdites latentes. Sans parler des tentatives faites, ces dernières années, dans ce but, et dont R. fait d'ailleurs peu de cas, il dit avec raison que ce diagnostic ne peut, en réalité, s'établir que dans un ensemble assez incertain de signes de probabilité : augmentation de l'écoulement, un peu de tension douloureuse, quelques symptômes généraux. Ce n'est, en somme, souvent qu'un calcul de probabilité. D'autre part, on a peu de chance de se tromper, en admettant que toutes les fois qu'une otorrhée se prolonge et résiste aux traitements simples, on peut presque à coup sûr affirmer que la mastoïde est atteinte. Les opérateurs tendent actuellement à agir selon ce principe.

L. EGGER.

II. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Sur la tumeur sublinguale des jeunes enfants, par L. Concetti (de Rome). (Communication au Congrès italien de Pédiatrie Naples, octobre 1892 ; extrait de la *Pediatria*, 1895).

Quelques auteurs italiens ont décrit une tumeur du volume d'un gros pois, adhérente par une large base au frein de la langue, dure, ulcérée superficiellement, recouverte par une pellicule grisâtre très adhérente, indolore, non saignante, sans adénopathie, que l'on rencontrerait chez les jeunes enfants et qu'ils considèrent comme étant de nature infectieuse, contagieuse, et constituant une des plus graves maladies de l'enfance

Urbano Cadarelli, en 1857, lui donna le nom d'aphte cachectique ; Riga, en 1881, l'a décrite sous la dénomination de néomembrane par infection interne ; Pianese, qui l'a étudiée dans ces derniers temps, en fait une affection infectieuse, contagieuse et pouvant amener la mort.

D'autre part le Prof. Fede (de Naples) envisage cette production comme une tumeur bénigne qui guérit par l'ablation et la cautérisation. Cette opinion est partagée par Giarre (de Florence), Nota (de Turin) et Boccardi (de Naples).

Cette affection, qui porte le nom de maladie de Riga, serait plus fréquente dans l'Italie méridionale.

L'auteur en cite deux cas. L'excision de cette tumeur fut pratiquée et la plaie fut cautérisée au nitrate d'argent. La cicatrisation était complète en deux à trois semaines. Il n'y a pas eu de récidive.

L'examen histologique a fait reconnaître des lésions caractérisées par l'infiltration œdémateuse des espaces lymphatiques et par l'hyperplasie et l'hypertrophie des papilles.

Les recherches bactériologiques ainsi que l'inoculation aux animaux, ont été négatives.

L'auteur pense que cette affection est en réalité bénigne et qu'elle n'a pas de relation directe avec les troubles gastro-intestinaux si fréquents dans la première enfance. H. DU F.

Contribution à l'étude des tumeurs des amygdales, par Y. ARSLAN (de Padoue). (*Bollettino delle malattie dell orecchio, della gola e del naso.* — Avril, 1896).

L'auteur commence par donner une statistique de 110 cas de tumeurs des amygdales, dont les observations ont été publiées pendant les dernières années.

Les tumeurs syphilitiques sont les plus fréquentes (30 cas), puis viennent les sarcomes.

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes (35 hommes, 20 femmes sur 55 cas). Ce fait serait dû à l'abus de l'alcool et du tabac.

Le plus grand nombre des cas ont été observés entre 40 et 60 ans ; ces tumeurs sont rares avant 20 ans.

En clinique, il n'existe aucun signe certain permettant de différencier les tumeurs malignes des tumeurs bénignes. L'examen histologique peut seul éclaircir cette question, bien qu'il présente parfois de grandes difficultés. Il est alors nécessaire de

ıveler plusieurs fois de suite, comme ont dû le faire, Luc, •, Dionisio, etc...

donne ensuite l'exposé des symptômes principaux de en commençant par les tumeurs malignes.

. — Ils se manifestent surtout chez les adultes, ·arquer que c'est la seule espèce qui ait été ren- ·ance. Marche très lente. Douleurs le plus sou- ·tance variable sans jamais atteindre la dureté ·yphilome. Ne s'ulcère que très tard, et peut ·pertrophie simple.

ous-maxillaires ne se prennent qu'à la suite de .o la tumeur.

..eur peut rester localisée longtemps à l'amygdale. Elle ..vahit les tissus voisins qu'à la fin. La dysphagie ne se manifeste que lorsque la tumeur acquiert un volume suffisant pour entraver la déglutition. L'état général reste satisfaisant pendant longtemps. La mort arrive par infection générale.

2° *Lympho-sarcomes.* — Evolution rapide. Tumeur molle. Ulcéré de bonne heure. Les ganglions sous-maxillaires sont envahis dès le début. Les douleurs sont peu intenses tant qu'il n'y a pas d'ulcération. Cachexie rapide. Métastase dans les organes éloignés fréquente. Pronostic fatal.

L'auteur met en doute les cas de guérisons qui ont été signalés.

3° *Epithélioma.* — Age avancé. Douleurs constantes avec otalgie réflexe, qui n'est cependant pas pathognomonique. Dysphagie excessive. Voix gutturale, traînante, caractéristique. Consistance dure. Souvent exsudat grisâtre sur l'ulcération. Hémorrhagies fréquentes. Engorgement ganglionnaire précoce. Cachexie. Mort.

Les tumeurs bénignes sont toujours locales, indolores ; ce n'est que par hasard qu'on les découvre souvent.

L'auteur donne à ce sujet les signes différentiels du syphilome et de la gomme syphilitique.

1° *Syphilome. (Chancre induré).* -- Ulcération unique, de consistance dure, à bords nets et distincts de la muqueuse environnante. Exsudat grisâtre, parfois diphthéroïde. Indolore. Adénite au début. Les manifestations secondaires (roséole, polyadénite, plaques muqueuses, etc...), qui succèdent, lèveront tous les doutes.

2° *Gomme syphilitique.* — Se rencontre chez les individus jeunes ou âgés. Ulcération irrégulière à bords déchiquetés. N'a

pas la consistance spéciale à l'épithéliome et au syphilome. Pas d'engorgement ganglionnaire. Début insidieux. Parfois, symptômes obligatoires pouvant faire croire à une amygdalite aiguë. Mais l'unilatéralité de la lésion permet d'éviter l'erreur. On peut confondre la gomme avec l'épithélioma au début. Souvent l'examen histologique sera nécessaire.

L'auteur donne ensuite les relations de quatre cas de tumeurs des amygdales qu'il a observés, et qui ont trait à un angiosarcome énorme de l'amygdale droite, un carcinome de l'amygdale gauche, un angiome du côté droit et un papillome de l'amygdale droite. Il fait suivre cet intéressant travail d'une bibliographie très complète. H. DU F.

Torticolis par végétations adénoïdes, par ARTHUR J. GILLETTE, (*New-York med. journal*, 4 août 1896).

G. rapporte divers cas de torticolis liés soit à la présence des végétations adénoïdes, soit à l'hypertrophie des amygdales. Le résultat de l'intervention naso-pharyngée sur le torticolis fut presque immédiat. A. F. PLICQUE.

Bégaiement dû à des végétations adénoïdes, par H. MCKUEN (*Therapeutic gazette*, juin 1896).

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant dont la parole avait toujours été défectueuse et dont le défaut s'était récemment aggravé au point qu'il ne lui était pas possible de parler, surtout devant des étrangers. Il lui était impossible, malgré les plus grands efforts, d'articuler son nom. Mouvements désordonnés des muscles de la face, de la langue, du pharynx et du larynx. Il y a de la déviation à droite de la pointe de la langue, une luette assez longue, et des végétations adénoïdes.

Après éthérisation, ablation d'une quantité assez considérable de végétations adénoïdes, et section du frein de la langue aussi loin que possible en arrière. Il y eut une amélioration très rapide du langage, de sorte que l'auteur ne fit pas la section de quelques fibres du génioglosse, comme il s'était proposé de la pratiquer ultérieurement, et se contenta de réséquer l'extrémité de la luette. M. LS.

Paralysie post-grippale du voile du palais, du pharynx et du larynx, par GUÉMENT. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*. janvier 1896).

Chez un malade atteint de grippe légère survint quinze jours

après le début une paralysie, très analogue par sa marche et sa durée de quelques semaines à une paralysie diphtérique et présentant comme elle le caractère d'une névrite périphérique. La paralysie débuta par le voile du palais, puis s'étendit au larynx, en s'y dissociant : elle épargna le crico-aryténoïdien postérieur tandis qu'elle frappa tous les autres muscles, même le crico-thyroïdien antérieur. M. LERMOYEZ.

De la pharyngotomie transhyoïdienne, par VALLAS, de Lyon (*Gazette des hôpitaux*, 16 janvier 1896).

L'auteur a pratiqué deux fois cette opération : dans un cas pour enlever un épithélioma du sillon glosso-épiglottique, dans l'autre pour extirper une tumeur congénitale de la base de la langue.

Cette intervention est destinée à donner accès dans la partie inférieure du pharynx et se trouve indiquée dans les affections chirurgicales intéressant la base de la langue et l'orifice supérieur du larynx. Elle est supérieure à la pharyngotomie sous-hyoïdienne qui nécessite une incision transversale, exposant à la blessure d'organes importants et d'autre part donnant un jour parfois insuffisant.

Le manuel opératoire de la pharyngotomie transhyoïdienne comprend les temps suivants : 1° incision verticale sur la ligne médiane de 8 à 10 centimètres dont le milieu répond au corps de l'os hyoïde ; 2° ostéotomie de l'os hyoïde et section médiane, au-dessus et au-dessous, des muscles qui s'y insèrent ; 3° incision, toujours verticale et médiane, de la membrane hyo-thyroïdienne. Ce dernier temps peut être supprimé, si l'on se trouve en présence d'une tumeur sous muqueuse de la base de la langue. G. LAURENS.

III. — *LARYNX ET TRACHÉE*

La varicelle du larynx. La laryngite suffocante varicelleuse, par MARFAN ET HALLÉ. (*Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1896).

Les auteurs attirèrent l'attention sur une nouvelle manifestation de la varicelle, la varicelle du larynx, dont ils ont observé deux cas. Dans ces deux cas, l'examen bactériologique a montré qu'il ne s'agissait pas de diphthérie. Il n'existe que deux obser-

vations antérieures analogues, une d'Ollivier, l'autre de Manouvrier. Des deux enfants atteints de varicelle du larynx, l'un a guéri après trachéotomie, l'autre a succombé malgré cette intervention.

Les déterminations laryngées de la varicelle sont précoces; elles se produisent dès le début de l'éruption ou très peu de temps après, ce qui contribue à les séparer des laryngites dues à une infection étrangère et secondaire.

La laryngite varicelleuse est caractérisée anatomiquement par de petites ulcérations circulaires, peu nombreuses, siégeant de préférence sur les cordes vocales inférieures. Autour de ces ulcérations, la muqueuse peut être le siège d'une hyperémie plus ou moins intense et plus ou moins étendue. Ces deux ordres de lésions expliquent les deux formes cliniques qui trahissent l'existence de l'exanthème laryngé. Tantôt, comme dans les deux cas des auteurs, la varicelle du larynx détermine une laryngite avec sténose permanente simulant le croup diphthéritique et nécessitant la trachéotomie, tantôt comme dans le cas d'Ollivier, elle se traduit seulement par des accès de spasme de la glotte, qui peuvent être mortels.

La varicelle du larynx est donc grave, puisque sur les quatre faits observés, un seul a pu être sauvé par la trachéotomie. Dans les autres cas, la mort est survenue, soit dans un accès de spasme de la glotte, soit par le fait d'une broncho-pneumonie secondaire dont le développement a certainement été favorisé par les lésions spécifiques du larynx.

Lorsqu'une laryngite suffocante se développe au cours d'une varicelle, il ne faut pas en conclure tout de suite qu'elle est de nature varicelleuse, quoique cela soit très probable quand elle paraît dès le début. La diphthérie, notamment peut coïncider avec la varicelle, de sorte que pour écarter l'idée de diphtérie, il faudra avoir pratiqué l'examen bactériologique du mucus ou des exsudats pharyngés. Quant au traitement la trachéotomie ou l'intubation s'impose dès que le tirage devient intense et persistant ou quand il se produit des accès de suffocation qui menacent la vie.

G. LAURENS.

Spasme phréno-glottique des nourrissons ou asthme de Kopp ou de Millar, par VERGNIAUD (*Union méd.*, 4 juillet 1896).

Observation de spasme phréno-glottique chez une petite fille de sept mois qui eut, pendant trois mois, de quinze à quarante accès par jour et qui fut guérie par les antispasmodiques, le

bromure, et les inhalations de chloroforme. Plusieurs enfants de la même famille ont eu des crises analogues et quelques-uns présentent du strabisme. A la suite de quelques considérations générales, l'auteur conclut que le spasme phréno-glottique des nourrissons n'est qu'une forme d'épilepsie, qu'il appartient à l'histoire de cette maladie par son étiologie, sa symptomatologie et son traitement. L. EGGER.

Spasme de la glotte au cours de la broncho-pneumonie, par G. Variot (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 6 août 1896).

Un enfant d'un an est amené à l'hôpital avec un tirage si menaçant qu'on pratique le tubage d'urgence et que l'on injecte 20 centimètres cubes de sérum. Cependant on ne voit aucune fausse membrane, la température s'élève rapidement; on porte le diagnostic clinique probable de croup d'emblée avec broncho-pneumonie secondaire. L'examen bactériologique ne décèle que du staphylocoque.

L'enfant meurt 20 heures après son entrée à l'hôpital avec une température de 40° et n'ayant pu rester un instant détubé sans menaces d'asphyxie.

A l'autopsie pas trace de diphthérie, mais foyers de broncho-pneumonie. Les ganglions péri-trachéaux et bronchiques ne sont pas tuméfiés.

Il s'agit donc d'un spasme de la glotte associé à des lésions pulmonaires, spasme réflexe, ayant son point de départ dans les lésions du parenchyme respiratoire. L. EGGER.

De l'ictus laryngé essentiel. Revue générale, par Mérigot de Treigny (*Journ. des praticiens*, 13 juin 1896).

Sous ce titre l'auteur fait la nosographie de l'ictus laryngé essentiel telle que Charcot nous l'a donnée. Il y ajoute les points particuliers des dernières observations publiées, sans y joindre de faits personnels. L. EGGER.

De l'étiologie des paralysies des cordes vocales, par W. W. Favre (*Archives russes de pathologie, etc.* 1896 ; d'après le résumé français de l'auteur).

Le rôle de la péricardite et de la pleurésie à épanchement dans l'étiologie des paralysies laryngées est fort peu étudié ; chez une de ses malades l'auteur a vu survenir une paralysie de

la corde vocale gauche en même temps qu'un grand épanchement dans la plèvre droite; la paralysie ne disparut qu'avec l'épanchement, au bout de trois mois, lorsque le cœur fut revenu à sa place. D'après Moser ces paralysies s'expliquent par la distension des nerfs récurrents due au déplacement du cœur, de la crosse de l'aorte et de la sous-clavière. L'auteur a confirmé cette manière de voir par des expériences sur le cadavre : le récurrent gauche disséqué au cou et réuni au myographe de Knoll, on injecte de l'eau dans la plèvre droite et on obtient un graphique qui indique la tension croissante du cordon nerveux.

M. N. W.

Paralysie bilatérale des nerfs récurrents laryngés provoquée par une sténose maligne de l'œsophage, par F. Savery et F. Semon. (*Lancet*, 19 septembre 1896).

L'intérêt de cette observation repose sur la paralysie bilatérale complète des nerfs récurrents laryngés. Tandis qu'on ren contre assez souvent des paralysies plus ou moins incomplètes de ces nerfs, il est excessivement rare de voir des paralysies bilatérales complètes, vu que la lésion déterminant la paralysie laryngienne a presque toujours une issue fatale avant le développement complet de la paralysie. Les symptômes qui la décèlent ont toujours été décrits : aphonie complète avec dyspnée, cette dernière seulement à la suite d'un effort. L'observation des auteurs nous apprend qu'aucun autre signe important ne révèle la paralysie bilatérale ; il est impossible de se nourrir dans la position habituelle. Ce fait est expliqué en ce que lorsque les deux récurrents sont paralysés, il est impossible de fermer la glotte, de sorte que les aliments et les boissons peuvent pénétrer dans le larynx. La muqueuse laryngienne étant innervée par la branche interne du nerf laryngé supérieur, la sensibilité du larynx n'est pas affectée et la pénétration d'un corps étranger dans le larynx est immédiatement suivie d'une toux réflexe. Le malade prit avec succès la position recommandée par Norris Wolfenden pour les cas de dysphagie douloureuse, position horizontale sur le côté, la tête dépassant le bord du lit, et nourriture liquide ingérée à travers un tube alimentaire inséré dans l'angle inférieur de la bouche. En buvant dans cette posture, le liquide ne s'échappe pas, mais il glisse le long du larynx à travers la fosse hyoïde et pénètre dans l'œsophage sans entrer en contact avec la surface postérieure du

larynx. Semon recommande chaudement l'adoption de sa méthode dans les cas de tuberculose et d'affection maligne du larynx de l'œsophage. Il pense qu'on pourrait l'employer dans l'anesthésie laryngienne consécutive à la diphtérie, cas dans lequel on redoute la pénétration des aliments dans les voies aériennes. SAINT-CLAIR THOMSON.

Utilité de l'inspection directe de l'épiglotte chez les enfants diphtériques, par G. VARIOT (*Journal de clin. et de thérap. infant.*, 28 mai 1896).

L'auteur a donné le nom de *signe de l'épiglotte* à la localisation marginale des exsudats dans cette région. Il s'agit d'un liseré membraneux visible pendant la vie sur le bord de la face antérieure de l'épiglotte, et qui, à l'autopsie, apparaît comme une expansion de l'exsudat tapissant la face postérieure de l'épiglotte et se repliant sur le bord libre. Ce signe est fréquent et sa valeur séméiologique saute aux yeux.

Il suffit pour le voir de presser sur la base de la langue au moyen d'un abaisse langue, afin de déterminer les contractions réflexes des constructeurs du pharynx et le soulèvement en masse du larynx et de l'épiglotte.

Ce signe est extrêmement précieux dans le croup d'emblée où sa découverte dispense d'attendre les résultats de l'examen bactériologique pour poser le diagnostic. Même importance de ce signe pour le diagnostic du croup fruste, ainsi que le démontrent les observations que l'auteur apporte. L. EGGER.

Réflexions sur la statistique du tubage à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1895, par VALDEMAR DAMM (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 7, 14 et 21 mai 1896).

L'auteur passe en revue les accidents possibles du tubage, et, avec de nombreuses citations et de nombreuses statistiques, nous montre la mort par syncope au cours du tubage, le refoulement du tube dans une bronche, le rejet du tube, l'obstruction du tube.

Il cite des cas de trachéotomie secondaire au tubage, insiste sur la fréquence de la broncho-pneumonie après le tubage, et pense que le décubitus produit par le tube est plutôt rare.

Il conclut en recommandant de ne faire le tubage que dans un milieu où la surveillance médicale permanente est possible, et termine en donnant les indications de la trachéotomie qui,

en somme, sont les mêmes qu'avant le tubage, avec cette différence qu'elle n'est pas à faire chaque fois que le tubage est possible et toléré. L. EGGER.

Nouveaux procédés opératoires du croup. Revue générale, par H. GILLET (*Journ. des pratic.*, 27 juin 1896).

Après avoir passé en revue les divers procédés que nous avons à opposer au croup, l'auteur en résume ainsi les indications :

« Le spasme passager de la glotte se recommande de la dilatation forcée de la glotte ; le spasme prolongé demande l'intubation ; l'obstruction par fausses membranes ressortit à l'écouvillonnage simple du larynx ; l'œdème exige la trachéotomie ».

L. EGGER.

De la dilatation de la glotte dans le traitement des spasmes laryngiens et dans le croup en particulier, par J. GLOVER (*Acad. de méd.*, séance du 30 juin 1896).

L'auteur présente sous ce titre, en son nom et au nom de M. Variot, une méthode chirurgicale systématique de traitement des spasmes laryngiens par la dilatation de la glotte. L'avantage de cette méthode qui peut être lente ou brusque, passagère, temporaire ou prolongée, réside surtout dans le fait que l'on peut ainsi vaincre certains spasmes glottiques, sans qu'il soit nécessaire de laisser à demeure l'instrument dilatateur, sans que l'on soit obligé de recourir au tubage permanent.

L'instrument de choix est le tube d O'Dwyer, gradué non suivant l'âge, mais suivant les diamètres de la glotte établis d'après la taille des enfants. Calibrés ainsi, il est exceptionnel que ces tubes soient rejetés ou déglutis. On peut aussi se servir des cathéters de Schrötter. Enfin, lorsqu'on a affaire à un spasme très tenace, on pourrait tenter, avec prudence, la dilatation brusque à l'aide d'une pince dilatatrice tubulaire imaginée par l'un des auteurs ; cette pince a l'avantage d'ouvrir dans le sens même des cordes vocales. Ouverte, elle produit la dilatation sans traumatisme et facilite largement l'expulsion des mucosités trachéo-bronchiques.

La dilatation est indiquée :

1° Fréquemment chez les enfants au-dessous de deux ans, ceux-ci étant souvent sujets au laryngisme.

2° Au-dessus de deux ans lorsque le spasme est dominant.

3° Dans les cas de spasme intense avec diphthérie laryngée très membraneuse ; alors l'obstruction du tube laissé à demeure est grandement à craindre. L. EGGER.

Deux cas de diphtérie dans lesquels la trachéotomie a été suivie du curettage de la trachée, par J. Bark (*Lancet* 25 juillet 1896).

Dans le premier cas la trachéotomie apporta de l'amélioration, mais au bout de 24 heures, la respiration s'embarrassa et ne se modifia pas sous l'influence de badigeonnages avec une solution de bicarbonate de soude. L'incision trachéale fut prolongée aussi bas que possible, et l'on râcla la trachée et les bronches avec une petite curette de Volkmann à long manche, et une petite curette fenêtrée à manche flexible. Pas d'anesthésie. On obtint du mieux en retirant un fragment de membrane long comme le petit doigt. Le curettage fut répété 18 fois pendant les deux jours suivants et la guérison apparut rapidement.

Dans le second cas 18 heures s'étaient écoulées depuis l'opération, lorsque survinrent la cyanose, un embarras de la respiration et de l'oppression. Le tube fut extrait et on agit de même que dans le premier cas avec un aussi heureux résultat, on retira deux fragments membraneux. Le curettage fut employé six fois en tout. L'antitoxine diphthérique servit dans les deux cas.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie, par J. Vanverts. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 9 janvier 1896).

L'auteur rapporte sept observations dont une personnelle dans lesquelles la trachéotomie a été employée pour combattre avec succès les accidents graves de l'anesthésie. On peut ranger ces accidents en deux catégories bien distinctes : *a*) il existait une obstruction des voies aériennes supérieures, spasme ou œdème de la glotte, mucosités, sang dans les voies aériennes, etc., empêchant complètement ou presque complètement et d'une façon permanente l'entrée de l'air ; *b*) il n'y avait pas d'obstruction et l'accident est dû à une syncope, à une apnée réflexe ou toxique.

Dans le premier ordre de faits, la trachéotomie, qu'on pourrait peut-être avantageusement remplacer par l'intubation du

larynx, agit d'une façon mécanique, en permettant l'accès de l'air. La seconde catégorie de faits doit être expliquée par une action réflexe ; incision du canal trachéal, introduction de la canule qui forme corps étranger, arrivée brusque de l'air froid extérieur. Il est des cas très nets où la respiration artificielle longtemps continuée, sans obstruction des voies respiratoires, a été absolument inefficace ; alors que dès l'ouverture de la trachée les mouvements respiratoires se sont rétablis.

G. LAURENS.

De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par RICHELOT (*Académie de médecine*, séance du 21 avril 1896).

La trachéotomie a été pendant longtemps la plus courante de toutes les opérations pratiquées sur la trachée et le larynx. Mais tous les chirurgiens ont reconnu que cette opération était quelquefois périlleuse, et même mortelle à la suite de différents accidents, en tête desquels l'hémorrhagie doit être citée. C'est pour remédier à ces accidents que Décès (de Reims) avait imaginé la trachéotomie sous-cricoïdienne et que Nélaton réséqua le cricoïde en partie. Mais Vicq d'Azyr, Gross et Krishaber vinrent, qui firent la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Avant l'âge de 12 ans cette dernière opération n'est pas praticable, car il n'y a pas entre les deux cartilages d'espace assez large pour y placer la canule. Mais chez l'adulte, c'est elle qui est l'opération de choix. C'est une opération simple et rapide, mais qu'il faut oser faire. Les chirurgiens, eux, ne la redoutent pas. Mais les médecins ont la sensation d'une opération neuve, d'une éducation nouvelle à se faire et, devant le nouveau, ils reculent.

Les avantages de l'opération sont : l'inutilité des écarteurs, l'absence de vaisseaux importants. La technique est la suivante : avec l'ongle de l'index gauche, on soulève le bord inférieur du cartilage thyroïde, pour agrandir l'espace compris entre le thyroïde et le cricoïde, la tête étant dans l'extension forcée ; puis on fait une incision d'un centimètre sous le thyroïde, et un coup de pointe sur la membrane suffit pour introduire la canule. Il faut moins d'une minute pour que l'opération soit terminée. Et c'est précisément dans sa courte durée que siège l'un des principaux bénéfices de cette opération. Une canule de 9 à 10 millimètres suffit largement à la respiration. Richelot l'a vue fonctionner pendant de longs mois, elle a toujours été faci-

lement tolérée, même chez les tuberculeux et les cancéreux, dont les cartilages peuvent être ramollis et fracturés. R. emporte toujours deux canules, l'une petite, l'autre plus grande ; la petite canule est celle qu'il introduit la première dans le larynx ; elle entre plus facilement et il est possible de la remplacer par la canule plus grande.

L'a. a pratiqué cette opération quinze fois et avec succès.

G. LAURENS.

L'extirpation du larynx, par F. TERRIER. (*Arch. internat. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août 1896).

L'auteur parcourt les résultats de cette opération pratiquée la première fois chez l'homme par Billroth en 1873, la première fois en France par Labbé en 1885. Après avoir décrit le procédé classique de la laryngectomie telle qu'elle a été pratiquée jusqu'à ces dernières années, c'est-à-dire comprenant : 1° la trachéotomie préliminaire, immédiate ou médiate, le tamponnement de la trachée, et l'anesthésie directe par la trachée ; 2° l'extirpation du larynx ; 3° les pansements et soins consécutifs ; 4° la prothèse laryngée. T. nous donne un aperçu de la laryngectomie totale pratiquée sans recourir au préalable à la trachéotomie.

Dans cette opération, une fois le larynx et la partie supérieure de la trachée mis à nu, le tube aérien est sectionné complètement et attiré en avant. Immédiatement, on y introduit, comme un bouchon, la canule de Périer construite par Collin et on continue l'anesthésie par cette ouverture. On pratique ensuite l'extirpation de l'organe. Après une minutieuse hémostase de toute la plaie, on fixe la trachée à la peau : la demi-circonférence antérieure à la lèvre inférieure, la demi-circonférence postérieure à la partie inférieure de la plaie. Puis on suture l'ouverture du pharynx aux lèvres de l'incision transverse supérieure et on ferme la plaie sur la ligne médiane et latéralement, après avoir introduit une sonde œsophagienne dans l'orifice qui persiste en haut.

C'est là désormais, dit T., le procédé opératoire qui doit être préféré.

Enfin T. montre le peu de succès qu'a obtenu la prothèse en laryngologie, puis il termine par une statistique de la laryngectomie.

L. EGGER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ITALIE

Nez

G. Strazza. Sur l'étiologie de l'ozène (*Arch. ital. di lar.*, janvier 1894).

R. Cimmino. Un cas de syphilôme initial du septum nasal cartilagineux (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso,* février 1894).

G. Matarazzo Carveno. Asthme bronchique réflexe du nez (*Boll. scienze naturali*, Catane, 1894).

Bareggi. Rhinites, pharyngites, laryngites et otites primitives catarrhales. fibrineuses et phlegmoneuses produites par le bacille de Pfeiffer (*Giorn. dello Istituto Nicolai*, nº 3, 1894).

V. Cozzolino. Contribution à l'étude clinico-histologique des néoplasies des cornets et du septum nasal (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, fasc. 2, avril 1894).

Negro. Crises olfactives chez un tabétique (*Gazz. med. di Torino*, 8 mars 1894).

A. Onodi. Coupes nasales (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, 30 mars 1894).

J. Dionisio. Traitement des hémorrhagies nasales (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, 30 mars et *Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, avril-mai 1894).

O. Chiari. Opération des végétations adénoïdes (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, mars 1894).

J. Roquer Casadesus. Troubles réflexes provenant du nez, du pharynx et du larynx (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, 4 avril 1894).

Przedborski. Névroses réflexes du nez (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

E. J. Moure. I. Parallèle entre l'électrolyse et les autres moyens chirurgicaux dans le traitement des déviations et crêtes de la cloison. — II. Contribution à l'étude de l'ulcère perforant de la cloison nasale (Sect. de lar. Congrès int. de méd , Rome, avril 1894).

G. Isaïa. Des balsamiques dans les rhinites chroniques (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

R. Botey. Traitement des déviations verticales de la cloison sans épaississement (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

V. Cozzolino. I. Kératose dégénérative fétide saprophytique ou ozène. — II. Photographies montrant la structure des cavités nasales. — III. Instruments pour la chirurgie nasale (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

M. Braun. Massage vibratoire (Sect. de lar. Congrès int. de méd. de Rome, avril 1894).

P. Garnault. Valeur thérapeutique du massage vibratoire et électrique des muqueuses (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril 1894).

J. Dionisio. Nouvel appareil pour le massage vibratoire de la muqueuse nasale (Sect. de lar. Congrès int. de méd., Rome, avril ; et *Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, avril-mai 1894).

Arslan Yerwant. Corps étranger du sinus maxillaire gauche (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, juin 1894).

G. Gradenigo. Sur l'importance de l'examen du sens olfactif comme critérium dans certaines maladies du nez et de l'oreille (*Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, avril-mai 1894).

Arslan Yerwant. Syphilôme initial de la fosse nasale droite (*Arch. ital. di lar.*, juillet 1894).

V. Cozzolino. Instruments pour la rhino-chirurgie interne et la prophylaxie et la thérapeutique pathogénique auriculaire (*Morgagni*, juin 1894).

R. Cimmino. Contribution clinique à la rhinite caséeuse ou cholestéatomateuse (*Boll. delle mal. dell'orecchio gola e naso*, septembre 1894).

U. Melzi. Névroses réflexes d'origine nasale (*Thèse* de Pavie, juillet 1894).

G. Spiess. Contribution au traitement des déviations de la cloison nasale (*Arch. ital. di lar.*, octobre 1894).

A. Martorana. Observations recueillies au dispensaire de Laryngologie dirigé par Massei pour démontrer l'influence de certaines affections nasales sur l'appareil respiratoire (*Thèse* de Naples, juillet 1894).

G. Ferreri. Sur le traitement chirurgical des empyèmes du sinus maxillaire (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1894).

A. d'Aguanno. Sur la phase de régression ou de guérison spontanée des tumeurs pharyngiennes et naso-pharyngiennes. Contribution clinique (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, octobre 1894).

F. Massei. Rhinite caséeuse? (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, octobre 1894).

G. Ficano. Rapports existant entre les organes génitaux et le nez (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, novembre 1894).

R. Cimmino. Encore sur la rhinite caséeuse (*Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, novembre 1894).

A. Damieno. Un cas de diphthérie naso-pharyngée guérie par le sérum de Behring (*Riforma med.*, n° 25, octobre 1894).

NOUVELLES

Le Prof. G. Lewin a succombé à Berlin le 2 novembre dernier à une attaque d'apoplexie. Il était âgé de 76 ans. Lorsqu'en 1859, Czermak vint à Berlin pour montrer le laryngoscope qu'il avait construit avec Turck, Lewin s'intéressa au nouvel instrument et le perfectionna. Par

la suite, il publia un manuel de laryngologie, il fut, du reste, le premier à s'occuper de laryngoscopie à l'Université de Berlin. Les travaux de Lewin sur la syphilis sont connus par tous les spécialistes.

On a fêté le 17 novembre dernier, à Berlin, le 60e anniversaire de naissance en même temps que les 25 ans d'enseignement de notre éminent confrère et ami, le Prof. B. Fraenkel. A cette occasion, un recueil contenant des travaux de spécialistes allemands et étrangers lui a été offert. C'est le 17 novembre 1871, que Fraenkel passa ses examens de docent ; de 1873 à 1875, il fut médecin de l'hôpital Augusta ; de 1879 à 1888, directeur de l'école d'infirmiers de la Charité, en 1887, lors de l'inauguration de la policlinique universitaire pour les affections de la gorge et du nez, Fraenkel fut placé à sa tête comme professeur extraordinaire, puis, en 1893, il ouvrit la clinique spéciale de la Charité. Nommé conseiller médical intime en 1895, Fraenkel est également rédacteur en chef des *Archiv für Laryngologie* et depuis plus de 25 ans secrétaire de la Société de médecine de Berlin.

Dans le dernier numéro, nous avons annoncé que les spécialistes italiens se proposaient de fêter le 25e anniversaire de l'enseignement oto-rhino-laryngologique du Prof. de Rossi, de Rome, par la publication de mémoires originaux réunis en un fascicule spécial de l'*Archivio italiano di otologia*, etc , qui paraitra en janvier 1897. Le Prof. Gradenigo communique la liste des adhérents et les titres des travaux :

Biaggi (Milan). Le bégaiement en rapport avec les altérations nasopharyngiennes. — Cozzolino (Naples). Etude statistico-clinique sur les paralysies faciales otitiques. — G. C. Ferreri (Sienne). Considérations sur la surdi-mutité. — Massei (Naples). Diagnostic de la tuberculose laryngée. — Damieno (Naples). Une centaine de cas de diphthérie traités par la sérothérapie. — Morpurgo (Trieste). Etude statistique sur les affections de l'oreille chez les scrofuleux et sur l'infleuence des bains de mer. — Mongardi (Bologne). Sur un cas d'opération de Stacke. — De Vescovi (Rome). Vision chromatisée de la parole. — Della Védova (Milan). Considérations sur la chirurgie nasale. — Roncalli (Rome). Sur l'existence de blastomicètes dans un cas de sarcôme du pavillon. — Marchiafava (Rome). Sur un cas rare de verrue du larynx. — Geronzi (Rome). Sur le lymphôme malin de l'amygdale. — Gh. Ferreri (Rome). Sur l'extraction du marteau dans les otites sèches et purulentes. — Avoledo (Milan). Observations sur la crâniotomie dans les affections purulentes otitiques. — Galetti (Milan). Sur les fractures du conduit auditif externe. — Sendziak (Varsovie). Sur la guérison spontanée de l'empyème du sinus maxillaire. — Garbini (Rome). Statistique de la clinique oto rhino-laryngologique de Rome. — Baizini (Bergame). Œsophagite phlegmoneuse. — Septicoémie cryptogénétique. — Gradenigo (Turin). Sur le traitement des abcès cérébraux otitiques.

Ont annoncé des contributions mais sans en faire connaître les titres :

Arslan (Padoue), Corradi (Vérone), Trifiletti (Naples), Masini (Gênes), Grazzi (Florence), Chiucini (Rome), Flatau (Berlin).

Nous lisons dans la *Berliner klinische Wochenschrift* qu'il s'est formé à Saint-Pétersbourg, un comité de réception pour faire les honneurs de la ville aux médecins étrangers se rendant au Congrès de Moscou ; en font partie : Paschutin, Remmert, Kudrin, Rauchfuss, Sklifossovoski, etc.

Le 1er Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologique s'est réuni à Madrid le 19 novembre. Y ont adhéré :

Les Drs E. Urunuela, C. Compaired, F. Rueda, Letamendi, R. Forns, J. Horcasitas, L Barajas, P. Calderin, E. Perez, Moreno, B. Gonzalez, J. Ribera, H. Rodriguez, Pinilla, Carralero, Cisneros, J. Campos, Gomez de la Mata, Mariani S. Botella, A. Traver, A. Enriquez, Grinda, J. Robert, Llorente, E. Oliven, Viñals, Ezquerra, (Madrid), R Botey, Karminski, Sune y Molist, Verdos, Roquer Casadesus, A. Martin, R. Bufill Forns, F. A. Masip (Barcelone), Castañeda (Saint-Sébastien) ; Pelaez (Grenade), M. Vior (Ribadeo, Corogne), Barbera, Casanova, Bartual (Valence), Portela, Moresco (Cadix), R. Galindo (Sarragosse), M. Millaruelo (Huesca) ; R. Aguirre (Pampelune), Sota y Lastra (Séville) ; Arrese (Bilbao) ; Santuiste (Santander) ; D. Quiroga, J. Echeniqüe (Vitoria) ; F. Sanchez Losa (Torrejoncillo, Caceres).

Communications annoncées.

Carralero (Madrid). I. Récipient auriculaire. — II. Otite moyenne suppurée rebelle chez les enfants, ses causes et moyens de la corriger.

Gonzales Alvarez (Madrid). I. Traitement de l'obstruction complète de la trompe d'Eustache. — II Un cas remarquable de surdi-mutité. — Rueda (Madrid). I. Le cornet moyen dans l'ethmoïdite suppurée. — II. Méthode conservatrice dans les affections de l'attique. — III. Tumeur laryngée angiomateuse. — Pinilla (Madrid). I. Affections réflexes du nez, de la gorge et de l'oreille chez les enfants. — II. Applications du phonographe d'Edison au diagnostic de certaines affections thoraciques et laryngées. — Pérez Moreno (Madrid). Contribution à l'étude étiologique des pharyngites. — Forns (Madrid). I. Urticaire du larynx. — II. Contribution à l'histoire de l'oto ogie en Espagne. — III. Peintures murales. — Uruñuela (Madrid). I. Simplification de la trachéotomie. — II. Traitement et guérison des polypes laryngiens par les voies naturelles. — Compaired. (Madrid). I. Nouveau traitement de l'ozène. — II. Guérison sans récidive de deux cas d'épithélioma du pavillon et du conduit auriculaires par l'amputation suivie d'un traitement par le chlorate de potasse — Gonzalez del Campo (Madrid). Traitement de la rhinithe hypertrophique par la résorcine. — J. Horcasitas (Madrid). Diagnostic des tumeurs laryngées. — Castañeda (Saint-Sébastien). I. Deux cas de complication cérébrale d'origine otitique. — II. Sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance se confondant avec le croup. — Suñe y Molist (Barcelone). Ostéites nécrosantes étendues de l'oreille. — Barbera (Valence). Traitement orthophonique de la paralysie unilatérale. — Portela (Cadix) Considérations à propos du spasme laryngien expiratoire. — Pelaez (Grenade). Quelques considérations sur les rhinites chroniques et le tissu érectile de la muqueuse nasale. — Karminski (Barcelone), Traitement des suppurations chroniques communes de la caisse. — Botey (Barcelone). I. Les injections trachéales de créosote dans la tuberculose pulmonaire. — II. Traitement des bourdonnements et de certaines affections labyrinthiques par la ponction de la fenêtre ronde suivie d'aspiration. — III. Traitement de la déviation verticale de la cloison cartilagineuse avec obstruction nasale et latéralisation de la pointe du nez. — IV. Traitement des sinusites fronto-ethmoïdales et de leurs lésions intra-crâniennes. — V. Laryngofissure dans le cancer laryngien. — VI. Présentation de divers instruments — Verdos (Barcelone). I. Nouveaux faits en faveur de la curabilité de la surdi-mutité. — II. Allochirie auditive et bruits intra-crâniens. — Arrese (Bilbao). Syphilis héréditaire tardive et végétations adénoïdes. — Aurelio Enriquez (Madrid). Relations de l'arthritisme avec les affections du naso-pharynx et des bronches. Nécessité de l'étude spéciale des maladies de l'appareil respiratoire et circulatoire.

Roquer Casadesus (Barcelone). I. Sur l'ictus laryngé. — II. Cancer du larynx, ou anévrisme de l'aorte? Trachéotomie, mort. — III. A propos d'un cas de trachéocèle. Quel est le meilleur traitement?

Le Congrès s'est subdivisé en deux sections : Laryngologie et Oto-rhinologie ; la première a été présidée par notre ami le Dr Roquer et la seconde par le Dr Verdos.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Réunion du 6 novembre 1896.

Le 6 novembre 1896 a eu lieu le trente-quatrième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Prof. Cornil. Vingt quatre personnes y assistaient.

M. le Dr Archambaud, directeur de la *Revue médicale* (de Paris) ; M. le Dr Cabanès, directeur de la *Chronique médicale* (de Paris), ont été élus membres de l'Association à l'unanimité. — M. le Dr de Saint-Germain a été élu en remplacement de M. Cadet de Gassicourt (*Revue des maladies de l'enfance*), et M. le Dr Noir, en remplacement de M. Meugy (*Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux de France*).

Le Secrétaire général a communiqué à la réunion le résultat des démarches tentées à propos du Cinquantenaire de l'Anesthésie et les documents qu'il a reçus relativement au Congrès de Moscou.

Le Secrétaire général, Marcel Baudouin.

La section du sud de la Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie se réunira à la nouvelle Orléans les 3 et 4 mars 1897, durant le carnaval, sous la présidence du Dr W. Scheppegrell. Les communications et les candidatures devront être adressées au Dr R. C. Myles, secrétaire, 46 West, 38 th. street à New-York.

La société de stomatologie de Paris fonde un prix sous le nom de :

Prix de la Société de stomatologie.

Conditions du concours :

I. — Ce prix, de la valeur de 500 francs, sera décerné pour la première fois dans le courant de l'année 1899.

II. — Toute latitude est laissée sur le choix du sujet, qui devra naturellement porter sur des questions se rattachant tout spécialement à la *stomatologie* (maladies de la bouche, odontologie, chirurgie dentaire).

III. — Les mémoires seront adressés au secrétaire général de la Société, au siège des séances : Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, avant le 31 décembre 1898 Ils devront être inédits, anonymes et accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur. Exception est faite, toutefois, pour les thèses de doctorat en médecine qui seront soutenues à partir du 1er janvier 1897.

IV. — Le jury sera composé de sept membres : le président et le secrétaire général en feront partie de droit ; les cinq autres seront tirés au sort dans la séance de janvier 1899. Les membres de la Société sont exclus du concours.

OUVRAGES ENVOYES AUX *ANNALES*

Infection tuberculeuse du tissu lymphoïde du pharynx, avec quelques remarques sur l'infection laryngienne, par J. Wright (Extrait du *med. journ*, 26 septembre 1896).

I. Pathologie et traitement des déviations et crêtes de la cloison nasale chez les jeunes enfants. — II. Influence des affections du nez et des sinus sur l'état général, par E. J. Moure (Extrait du *New Orléans med. and surg. journ.*, juillet 1896).

Sur la reconstitution de la fonction du langage chez les aphasiques, par E. Giampietro (Extrait de la *Gazz. degli osp.*, n° 77, 1896).

Travaux du second Congrès de la société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie, tenu à Florence les 24, 25, et 26 septembre 1895, publiés par V. Grazzi, A. Fasano et Corradi (Broch. de 146 pages, Tipog. Cooperative, Florence, 1896).

Relations entre les sinusites chroniques et la santé générale, par C. GORIS (Extrait du *Bull. de la soc. belge d'otol. et lar.*, n° 2, 1896).

Maladies produites par les champignons parasites. Actinomycose néophasique limitée, par P. DUCOR (Broch. de 76 pages, J. B. Baillière, éditeur, Paris, 1896).

Manuel de laryngologie et rhinologie, publié par P. HEYMANN, 6° fascicule comprenant : 1° physiologie du nez et des sinus, par J GAULE ; 2° méthodes d'examen du nez et des sinus, par G. SPIESS ; 3° technique nécropsique de l'examen du nez et des sinus, par D. HANSEMANN ; 4° séméistique générale des affections nasales, par E. BLOCH (A. Hölder, éditeur, Vienne, 1896).

Sur une méthode pour obtenir avec un nouvel instrument des sons d'une égale intensité avec le diapason, par C. CORRADI (Tirage à part de l'*Allgem. Wiener méd. Zeitung*. 1896).

Mycosis pharyngien ; le ptothrix et kératose pharyngée, par A. BROWN KELLY (Extrait du *Glasgow med. journ.*, 1896).

Leçons sur les maladies de la trachée, par SCHROETTER (Un vol. de 195 pages avec 53 figures, prix 5 mk. W. Braumuller, éditeur, Vienne, 1896).

Analyse d'un liquide de tumeur parotidienne, épithélioma glandulaire lobulé, par L. LAFAY (Extrait du *Journ. de pharm. et chimie*, 1896).

Compte-rendu statistico-clinique de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université royale de Turin du 1er janvier 1895 au 30 juin 1896, par G. GRADENIGO (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1896).

Leçon sur l'examen du larynx et de la trachée sans miroir, par J. SOLIS COHEN (Philadelphie polyclinic, 24 octobre 1896).

Compte-rendu de l'année scolaire 1895-96 du dispensaire de laryngologie de l'Université de Naples dirigé par F. MASSEI, rédigé par A. Trifiletti (E. Bifulco, imprimeur, Naples, 1896).

Végétations adénoïdes chez les sourds-muets, avec quelques remarques sur l'étiologie de la surdi-mutité, par O. FRANKENBERGER (Tirage à part du *Monast. f. ohrenh.* N° 10, 1896).

La chirurgie du cancer de la langue au début, par C. GORIS (Comm. à la section méd. de la soc. scient. de Bruxelles, octobre 1896).

Etiologie de la surdi-mutité (en tchèque), par O. FRANKENBERGER (*Casopisu Lekaru ceskyck*, Prague, 1896),

Atlas et abrégé des maladies du larynx, par L. GRUNWALD (Vol. XIV des atlas manuels médicaux de Lehmann avec 107 figures en couleur et 25 en noir, prix 8 mks, J. F. Lehmann, éditeur, Münich, 1898).

Nouvelles observations sur la sérothérapie anti-diphthérique, par L. CONCETTI (Extrait du *Boll. della R. Accad. med. di Roma*, fasc. VII, 1896)

L'enseignement de la pédiatrie à Rome. Cours annexe. Statistique des années 1894-95 et 1895-96, par L. CONCETTI (Tipog. centenari, Rome, 1896).

A propos de quelques formes prolongées de diphthérie laryngée, par L. CONCETTI (Extrait de la *Pediatria*, n° 9, 1896).

L'oreille. Anatomie, par P. BONNIER (petit in-8 de l'encyclopédie scient. des Aide-Mémoire, prix 2 fr. 50. Masson et Cie éditeurs, Paris, 1896).

De l'otite moyenne aiguë chez les scléreux, par A. LEMARIEY, 1 vol. in-8°, Paris, Carré et Naud. 1896.

Le Gérant : G. MASSON.

ST-AMAND (CHER). IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1896

(22e VOLUME 2e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

B

C

TABLE DES MÉMOIRES ORIGINAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille

Nez et Sinus

Bouche et Pharynx

Larynx et Trachée.

Pages

Œsophage. Corps thyroïde. Varia

Indications Bibliographiques.

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE FRÈRES





